

OTROS CONCEPTOS

Do: Humanas.

1 centro fib. var. mod 1 "FALLEGADO" EFECTIVO

FALLECIDO: Eduardo Ray Alfonso
Fecha de fallecimiento: 22-4-2018
Domicilio: H. Lirio - Tria peregrina 12, 12 Park
Teléfonos: 52394232 E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Medida	84x185	590
Capilla ardiente	Bata, 2 Sala Prep. 85 Libro		460/85/17
Gestión funeraria	5: ☐ Tramitación UUV		150
Carroza traslado	Hospital - Tanat.		119
	Carro - 3		375
	Prensa		60€
	Radio		117'36
Recordatorios-fúnebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	id.		
Certificado médico	Si	Registro Civil: <u>Santiago</u>	3
Carroza	Personal		162
Ayunt.º: Sepultura	<u>Incinerado Complejo</u>		360
Iglesia	<u>San de Alfonso</u>		75'30
Incineración	Urna: X Camarera (55)		70'00
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino: <u>Antodia Familiar</u>	70
Cantores	Ana	Funeral: <u>1+2 128383</u>	X 70
Floras	Karo: Rosa		146
	Karo: Lirio e Lirio		146
	Karo: Lirio e Lirio		146 (bus)
	Karo: 24 h. Blanca F. Cag		146 (bus)

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

45'30

FALLECIDO: Nombre Eduardo Rey Alfonso D.N.I. N° 33795795-P
id. de los padres Manuel y Maria
Naturaleza Don Provincia Cauca
Día, mes y año de nacimiento 2-8-1949
Profesión OC. Bercomians Estado Carab Domicilio TRIA peregrina 12

Fallecimiento: Fecha: 18:45 horas del día 22 de abril de 2026
Domicilio H. de nica
Cementerio Incinerado Complejo Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. Eduardo Rey Alfonso EL SEÑOR
falleció en Bercomians - Dmes en el día de 22-4-2026 a los 76 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Padre (+) Su esposo/a W. del Carmen Garcia vao.
Hijos Manuel, David, Antonio Rey Garcia
Hijos políticos Yanessa Perez, Maria Liquez
Nietos: Tria y Leo.

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos Yanessa Mercedes (+), edra (+), Maria, Dolores y Manuel
Rey Alfonso.
Hermanos políticos 8.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos 1. Primos 8.

y demás familia.- Conducción _____
Funerales 17:45
en la iglesia de San Juan de atonic
CASA MORTUORIA: postal 2.
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

20



Edmund Re

33195195-P

SEXO V-M

EQUIPO 20541 L6D1
TALDEA

IDESP33195195P3<<<<<<<<<<<<<<
4908023M1609053ESP<<<<<<<<<<2
REY<ALFONSIN<<EDUARDO<<<<<<<<

FALLECIDO



M. del Carmen Garcia 572864

DNI 76496215D

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
URDILDE
ROIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / AVELINA

IDESPBA180399676496215D<<<<<<
5108222F2805243ESP<<<<<<<<<3
GARCIA<NOVO<<MARIA<DEL<CARMEN<

SOLICITANTE (ESPOSA)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105942965

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Rol soto Feijoo

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a enA CORUÑA, con el número
, co númeroy con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enSANTIAGO DE COMPOSTELAColegio actual
Colexia actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513319

1ª colegiación
1ª colexiación**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

EDUARDO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

REY

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

ALFONSO

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

33195195-PDocumento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

18:45

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

18:45

Día

Mes

Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?

SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹**I. Causa inmediata² / Causa inmediata²**(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) INSUFICIENCIA CARDIACA**II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵**

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Accidente de tráfico No/Non
Accidente de tráfico Si/SiAccidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/SiFecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En SANTIAGO, a 22 de ABRIL de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico



Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa Inmediata** y se termine por la causa **Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "**debido a**" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 00

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a 3 00 00 00
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 05

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pola **causa Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "**debido a**" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a 3 00 00 00
Horas Días Meses Anos

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 10

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
 2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
 3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
 4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
 5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.
- Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **23** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **EDUARDO REY ALFONSÍN** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33195195P** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **22 DE ABRIL DE 2026** a las **18:45** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



