

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: **JOSÉ LUIS GARCÍA FERREIRA**
 Fecha de fallecimiento: **20 - Mayo - 2026**
 Domicilio: **HOSPITAL DE CONCHO - SANTIAGO**
 Teléfonos: **638.3371.03 (Rosario)** E-mail:

WUO
 20-350
 ST-263
 SC-152
 21-03-2026
 03200

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	ARTAVIA 1043 Medida 1'80x55	730.38
Capilla ardiente	CERVANTES Sala Prep. Si Libro X Si	656 \$ 189
Gestión funeraria	☐ Tramitación UUV	132
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	109
Prensa	X CORREO N°2 (Jueves)	210
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO. (VIENE DON AUGUSTIN)	
Turismo	Si. id. RECORDER 15.45 en San Fernando	46
Certificado médico	Si Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal	13270
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO	154
Incineración	Urna: Si (1730) Basica	360 7530
Presencia	☐ Si ☐ NO Destino	
Cantores	NO. Funeral: X Jose H.	130289
Flóres	CENTRO 18 ROSAS BUNDAS TU FAMILIA CENCITA CAJA NO RECIBEN FLORES	75
☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		50 7530

981.25.22.18 - 2

SERVENA

FALLECIDO: Nombre JOSÉ LUIS GARCÍA FERREIRA D.N.I. Nº 32307591C
id. de los padres LISARDO Y DOLORES
Naturaleza A CORUÑA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 28 - OCTUBRE - 1943
Profesión _____ Estado ~~CASADO~~ Domicilio C/REPÚBLICA DE EL SALVADOR
DIVORCIADO. 26 - 4.ª - SANTIAGO.

Fallecimiento: Fecha: 10:19 horas del día 20 de MAYO de 2026
Domicilio HOSPITAL DE CONXO - SANTIAGO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. José Luis García Ferreira L SEÑOR

falleció en (Veano de Santiago) en el día de 20/5/2026 a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a ROSARIO RODRÍGUEZ TRIGO

Hijos ~~MARCOS~~ JAVIER (+), MARCOS E JAVIER;

Hijos políticos ISABEL; NIETOS: YOLANDA Y JAVIER;

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

- No se reciben flores. -



IDESPBBB186960932307591C<<<<<<
4310282M9901018ESP<<<<<<<<<8
GARCIA<FERREIRA<<JOSE<LUIS<<<<

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
RODRIGUEZ
TRIGO

NOMBRE / NOME
ROSARIO

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
08 06 1944

NUM BOOPORT **VALIDEZ / VALIDÉZ**
BJF179654 01 01 9999

DNI 33196603J *R. Rodriguez* **572928**

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. TRAS DO PILAR 11 P02 DC
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VEDRA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
AVELINO / ESTHER

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPBJF179654733196603J<<<<<<
4406080F9901018ESP<<<<<<<<<<<0
RODRIGUEZ<TRIGO<<ROSARIO<<<<<<

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

APellidos / APELLIDOS
**GARCIA
FERREIRA**

Nombre / NOME
JOSE LUIS

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
M **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
28 10 1943

NUM BOBOT **VALIDEZ / VALIDEZ**
BBB186960 **01 01 9999**

2803'6

DNI 32307591C **355840**

IDESPBBB186960932307591C<<<<<<
4310282M9901018ESP<<<<<<<<<8
GARCIA<FERREIRA<<JOSE<LUIS<<<<

IDESPCLW106298132809633H<<<<<<
7109212M3311271ESP<<<<<<<<<5
GARCIA<BESTILLEIRO<<MARCOS<<<<

CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105787030

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello

D./Dña. PAULA BARROS ALCALDE
D. / Dña. A CORUÑA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE LUIS
Nome do falecido/a: JOSE LUIS
1º Apellido del fallecido/a: GARCIA
1er Apellido do falecido/a: GARCIA
2º Apellido del fallecido/a: PERREIRA
2º Apellido do falecido/a: PERREIRA

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 28 Mes 10 Año 1943
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: X D.N.I. Número: 32307591-C
Documento de identidade: X D.N.I. Número: 32307591-C
Pasaporte Número:
Pasaporte Número:
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 10:19 Día 20 Mes 05 Año 2026
Hora : minutos 10:19 Día 20 Mes 05 Año 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELA
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(c)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(d) BRONCOASPIRACION
DETERIORO COGNITIVO
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/ Si ☐ Accidente laboral Sí/ Si ☐
Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☐ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

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

En SANTIAGO, a 20 de MAYO de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma manuscrita]

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐
Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 pela **causa imediata** e se remate coa causa **inicial ou fundamental**, é dizer, 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 defunção: "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 dizer, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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 **21 de mayo de 2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSÉ LUIS GARCÍA FERREIRA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **32307591C** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **20 DE MAYO DE 2026** a las horas **10:19** 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.



