

OTROS CONCEPTOS

Libro 18 R. Dojo - Tu abuelo **PAC** y familia y familia **8804**
VERO (18 R. BL) - FAMILIA CASERO PEDROUELO

FALLECIDO: **JOSÉ CERVERA MOSQUERA**

Fecha de fallecimiento **7 DE MAYO DE 2026**

Domicilio **H. GIL CASARES**

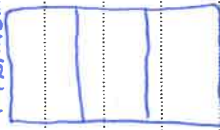
Teléfonos: **678718534 - ELSA**

E-mail: **667724049 - CRISTIAN**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90	838
Capilla ardiente Montoto, 3	Sala Prep. X Si Libro X Si	896 564 1940
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	19960
Carroza traslado X H. GIL CASARES - T. MONTOTO		11500
Vienes Prensa Correo, 2		210
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo 15:30 id. RECOGER CURA IGLESIA MILADAIRO		
Certificado médico X Si	Registro Civil X SANTIAGO	3
Carroza	Personal	198 + 235
Ayunt.º: Sepultura REYES X PINOLO CAMCHO LIBREJ		173 / 121
Iglesia SAN CRISTOBAL DE REYES - TEO		
Incineración	Urna: X CAMPONERO	80
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino X SACRISTAN ANTONIO	
Cantores NO	Funeral: X FREDERICK	140
Flóres X	X Centro Colgar: Tu esposa (R.B.)	146
	X Centro Colgar (R.B): Tu hija e hijo político	146
	X Centro Blanco Encina Cava: Tu hermana	75
	X Centro 18 R. B: Tus nietas y nietos políticos	75
X Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		3650

7720

JOSÉ CERVERA Y FAMILIA



FALLECIDO: Nombre JOSÉ CERVERA MOSQUERA D.N.I. Nº 33070950-D
id. de los padres ÁNGEL Y AURORA
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 1 DE AGOSTO DE 1932
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio REPÚBLICA ARGENTINA, N°46-6°
SANTIAGO
Fecha: 10:15 horas del día 7 de MAYO de 2026
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL GIL CASARES
Cementerio REYES Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. ELSA CERVERA RAIDO (HIJA) D.N.I. 3323360-Q
domiciliado en C/ FERNANDO III EL SANTO, N°31-7°C - SANTIAGO (A CORUÑA)
L SEÑOR

D/ña. JOSÉ CERVERA MOSQUERA
(VECINO DE OLVEIRA - REYES - TEO)
falleció en _____ en el día de 7/5/26 a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a BENEDICTA RAIDO PAMPIN
Hijos ELSA CERVERA RAIDO

Hijos políticos JAIME MATA PUENTE

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos SA MARUJA CERVERA MOSQUERA

Hermanos políticos BISNIETA: MARTINA CANCELA MATA
NIETOS POLÍTICOS: GONZALO CASTRO PEDROSO Y MAIZO CANCELA MORCIRA
CRISTINA, VERÓNICA Y SANDRA MATA CERVERA

Nietos [†] _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

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

DOMICILIO / DOMICILIO
C. REPUBLICA ARGENTINA 46 P06 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

SEST

EQUIPO / EQUIPO
15771601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
TEO
A CORUÑA

FECHA DE / FECHA DE
ANGEL / AURORA

IDESPCEP123269833070950D<<<<<<<
3208014M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<4
CERVERA<MOSQUERA<<JOSE<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HÍJA)

DOMICILIO / DOMICILIO
C. FERNANDO III EL SANTO 31 P07 C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

TALEO

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
TEO
A CORUÑA

HUERA DE / HIJOS DE
JOSE / BENEDICTA

IDE SPCKJ116185533233360Q<<<<<<
5702169F3504222ESP<<<<<<<<<<<1
CERVERA<RAIDO<<ELSA<<<<<<<<<<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106187682

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a eny con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CORUÑA

, con el número
, co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153509185

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro 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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) EPOC

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

Debido a/Debido a

(c) SIDA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CÁNCER DE COLON

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

FIBRILACIÓN ATRIAL

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
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
Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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 07 de 05 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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ Horas 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐ Horas Días Meses Años

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 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 defunción: "Enfermedade 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 defunción, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ 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 o 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐ Horas 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: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ Horas Días Meses Anos

Outras recomendacións

- 1.Emprar 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 **07** de mayo de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSÉ CERVERA MOSQUERA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33070950D** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **07 DE MAYO DE 2026** a las **10:15** 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.



