

OTROS CONCEPTOS

Carrero N°2. Sociedad Gallega de Hipertension

(PAGADO) 16 JUN. 2026

FALLECIDO: RAFAEL CARLOS VIDAL VARELA

Fecha de fallecimiento 15 - JUNIO - 2026

Domicilio RESIDENCIA STA OLALLA-BOUJEÓN

Teléfonos: 650.155.172 RAFAEL (Chico) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida	Cerrada
Capilla ardiente	X Toural	Sala Prep.	Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado	X RESIDENCIA - COMPLETO		
Miércoles	18:30	Prensa	X Gabia 2 (Sgo-Libera)
Radio	NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id.	Sale al tanatorio	
Certificado médico	X Si	Registro Civil:	SANTIAGO
Carroza	NO	Personal	X Si
Ayunt.º: Sepultura	—	San Amaro (familia)	
Iglesia	X Capilla Complejo	Urna:	Enseñar
Incineración	X Si	Destino	Custodia famil
Presencia	☐ SI ☐ NO	Funeral	X Chévere
Cantores	NO		
Flóres	X Centro 24 : Tu familia		
	Rosa Rojas		
NO SE RECIBEN FLORES			
* NO QUIEREN TARJETA PARKING			

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre RAFAEL CARLOS VIDAL VARELA D.N.I. Nº 35230725-S
id. de los padres CARLOS Y MARINA
Naturaleza PONTEVEDRA Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 22- SEPTIEMBRE - 1946
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio SANCAIA, 30 I
RESIDENCIA SANCA OLALLA - BOQUEIXÓN

Fallecimiento: Fecha: 23:50 horas del día 15 de Junio de 2026
Domicilio RESIDENCIA STA. OLALLA
LUGAR SANCAIA, 30 - BOQUEIXÓN (A CORUÑA)
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Rafael Carlos Vidal Varela L SEÑOR

falleció en _____ en el día de 15/6/26 a los 79 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a : Chiqui Pérez Alonso.

Hijos , Rafael Vidal Pérez y demás familia.

Hijos políticos no

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Miércoles Seis y Media

en la iglesia de Capilla Complejo Apostol.

CASA MORTUORIA: S.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



RUA. MARUXA MALLO (DE) 0001 P05 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HJO/A DE / FILLO/A DE
RAFAEL CARLOS / MARIA PILAR

IDESPCDA112600744819455E<<<<<<<
7801217M3208014ESP<<<<<<<<<<0
VIDAL<PEREZ<<RAFAEL<CARLOS<<<<



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105798243

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. II - JOSEFA LÓPEZ PEREZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía; colegiado/a en

en Medicina y Cirugía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

en Medicina

SANTIAGO

con el número

co número

Colegio actual

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Nº de colexiado/a

151506555

1ª colegiación

1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ENFANEL CARLOS

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

VIDAL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

INZELN

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

22

Mes

Mes

09

Año

Año

1946

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

☒

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

35230725-S

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

23 : 50

Día

Día

15

Mes

Mes

06

Año

Año

2026

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

BOQUEIXON

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 aproximado

Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FOLLO MULTIORGÁNICO

00 00 00 00

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) DETERIORO COGNITIVO

00 00 00 00

Horas Días Meses Años

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Debido a/Debido a

(c) 00 00 00 00

00 00 00 00

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCION RESPIRATORIA

00 00 00 00

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

00 00 00 00

00 00 00 00

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 00 Mes 00 Año 00

Data do mesmo: Día 00 Mes 00 Ano 00

Continúa al reverso

Continúa ao reverso



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 16 de JUNIO de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **RAFAEL CARLOS VIDAL VARELA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **35230725S** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **15 DE JUNIO DE 2026** a las **23:50** horas acaecida en **BOQUEIXÓN**.

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



