

1/2000 } 696485177
Touro

OTROS CONCEPTOS

~~24 R. **PAGADO**~~ Andrés Barral y familia (104'50)
TRO COLGAR ROSAS BLANCAS: MANOLO, TERESA E FAMILIA **S.1036**
~~TRO VARIADO 2 ROSO 93'50: FAMILIAS RAMOS Y GONZÁLEZ **PAGADO**~~
~~TRO VARIADO 2 93'50: SAN PEDRO F.C. (666046520) **PAGADO**~~
S.1035 ~~LAURE NO SEA ROSO:~~
TRO 24 R. Blancos: Jnes, Cristina y Manuel **S.1037**
~~TRO TV B y Rojo: Familia Carallo B **PAGADO**~~
~~TRO TV B: Familia Garcia Blanca **PAGADO**~~
~~TRO Mod J: Tumbas Co. Barros Blanc **S.1039**~~

ST: 317
PRACTICAR

FALLECIDO: **MARIA JESUSA BARRAL QUINTAS**
Fecha de fallecimiento: **16 - Junio - 2026**
Domicilio: **HOSPITAL DE CONXO (CAMPO DO FORNO 23, 2º)**
Teléfonos: **696 157066 (Suso)** E-mail: **xexisbarral@5mail.com**

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	23 (Exposición)	Medida	190 1448
Capilla ardiente	Capilla ardiente Sala Prep. Si	Libro Si	656 ss 289
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUU		177
Carroza traslado	H. CONXO - CONXO		109
Prensa	Correo nº2 Diéncolés		210
Radio	1 vez Diéncolés		1736
Recordatorios fúnebres / tarjetas	200		48
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	Barreiro id Recojen Cabda S. Pedro 19:00		
Certificado médico	Si Registro Civil SANTIAGO		3 18240 200
Carroza	Personal		
Avunt.º: Sepultura	SAN FEIX DE QUIAN PIVELLO RS		
Iglesia	Capilla Correio		154
Incineración	Urna: Óxido de Plata PIVELLO		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Funeral D EUGENIO (7000 EL)		90 (132037) 146
Flores	Corona Campania R. ROJAS: O TEU ESPASO		146
	Corona Campania R. BLANCAS: D TEU FILLO E FILLA POLITICA		75
	Centro 18 R. BLANCAS: BREIXO E XIÁN		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			35'50 75'30

* Parroquia Quión: Document x debajo pucha

PROOP. DE
JESUS BARRAL
DOYANA
Y ESPOSA
Enterrado aquí
está libre
Non tem crinal

FALLECIDO: Nombre MARIA JESUSA BARRAL QUINTAS D.N.I. Nº 76481716-T
id. de los padres DANUEL / CRISTINA
Naturaleza TOURO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 27 - febrero - 1942
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio C/CARPO DO FORNO,
Nº 23, 2º.

Fallecimiento: Fecha: 18.10 horas del día 16 de Junio de 2026
Domicilio HOSPITAL DE CANXO.
Cementerio SAN FELIX DE QUIÓN Ayunt.º TOURO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. MARIA JESUSA BARRAL QUINTAS.
(NATURAL DE TOURO) (VECINA DO CARPO DO FORNO SANTIAGO)
A SEÑORA. ESQUELA EN GALEGO.

falleció en _____ en el día de _____ a los 84 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a ~~CHICO~~ JESÚS BARBEIRO BOTANA (CHICO).

Hijos JESÚS DANUEL BARBEIRO BARRAL.

Hijos políticos ANA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos AGUEDA (+), CARMEN, FINA (+), MAXIMINO, GLORIA (+) e ANDRÉS.

Hermanos políticos Si

Breixo e Xian

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
BARRAL

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
QUINTAS

NOMBRE / NOME
MARIA JESUSA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
27 02 1942

IDEAR
APP162626

VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

BQM

DNI NÚM.
76481716T

Maria Barral



FALLECIDA



REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 33284316G

APELLIDOS / APELLIDOS
BARREIRO
BARRAL

NOMBRE / NOME
JESUS MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

EMISIÓN / EMISSÃO VALIDEZ / VALIDADE
24 05 2023 24 05 2033

NÚM. SOPORTE
CFG188569



066752

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

SOLICITANTE

105972421

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Natalia Ruiz González

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a eny con ejercicio profesional en Santiago de Compostela
e con exercicio profesional encon el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153809439

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARÍA JESUSA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

BARRAL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

QUINTAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 27

Mes 02

Año 1942

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

Número:

76481716-T

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

18:10

Día 16

Día 16

Mes 06

Mes 06

Año 2026

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 ☐Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado ¹
Intervalo de tempo aproximado ¹I. Causa inmediata ² / Causa inmediata ²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias ³ / Causas intermedias ³

(b) SD CARDIORRENAL

BRONCOASPIRACIÓN

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental ⁴ / Causa inicial ou fundamental ⁴

(d) CARDIOPATÍA DILATADA CON

DISFUNCIÓN BIVENTRICULAR

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos ⁵ / Outros procesos ⁵Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: 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 radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En Santiago, a 16 de junio 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 ☐ ☐ 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
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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 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 Defunción.

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 a 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

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 Años

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 Años
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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 Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

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 17 de **JUNIO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA JESUSA BARRAL QUINTAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **76481716T** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16 DE JUNIO DE 2026** a las **18:10** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
17/06/2026 12:02

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:Sc\$Y-d6tE-&tbp-nWnG

