

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Josefa Reguero Costo SF 461
 Fecha de fallecimiento 6- Julio- 2016 ST 356
 Domicilio Avenida Quiroga Palacios N° 29 2-D SC. 1- 209
 Teléfonos: 633 066 303 - Raquel (hija) Política
 E-mail: Política

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-0</u>	Medida <u>1,90</u>	
Capilla ardiente <u>Camala</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro	
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado <u>Domicilio-Complejo</u>		
<u>ansa</u>		
<u>Radio</u>		
Reco. jatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo <u>id.</u>	Registro Civil: <u>57go</u>	
Certificado médico <u>Si</u>	Personal	
Carroza		
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	Urna: <u>Basica</u>	
Incineración <u>Si</u>		
Presencian ☐ SI ☒ NO	Destino	
Cantores	Funeral:	
Flores		
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre Josefa Regueiro Castro D.N.I. Nº 33173552-P
id. de los padres Jesús y Carmen
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento
Profesión Estado Casada Domicilio Alda Quiroga Polacios N°29
2-D
Fallecimiento: Fecha: 15-13 horas del día 6 de Julio de 2026
Domicilio Alda Quiroga Polacios N°29 2-D
Cementerio Crematorio Complejo Apostel Ayunt.º Santiago de
Compostela
Cónyuge: Nombre Manuel Bautista Suarez

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. (.....) D.N.I.
domiciliado en

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



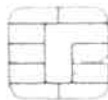
APELLIDOS / APELLIDOS
REGUEIRO
CASTRO
NOMBRE / NOME
JOSEFA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
15 02 1943
NIF / NIF
B00182035 VALIDEZ / VALIDADE
01 01 9999

ONI 33173552P

134720

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. DE QUIROGA PALACIOS 29 P02 DR
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

TIEMPO / TEMPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO
A CORUÑA

PARTE DE / PARTE DE
JESUS / CARMEN

IDESPB00182035033173552P<<<<<<<
4302159F9901018ESP<<<<<<<<<<<8
REGUEIRO<CASTRO<<JOSEFA<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



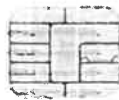
APELLIDOS / APELLIDOS
BAUTIS
REGUEIRO
NOMBRE / NOME
RAQUEL MARIA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
04 03 1972
NIF / NIF
BFN191645 VALIDEZ / VALIDADE
15 11 2027

DNI 46091811H

501568

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. RIANXO 12 P01 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

TIEMPO / TEMPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
CARACAS
VENEZUELA

PARTE DE / PARTE DE
MANUEL / JOSEFA

IDESPBFM191645846091811H<<<<<<<
7203040F2711151ESP<<<<<<<<<<<7
BAUTIS<REGUEIRO<<RAQUEL<MARIA<

SOLICITANTE

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105937987

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. Josefa del Valle Castro Lorada

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A Coruña

con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

Hospital Clínico Universitario de Santiago

co número

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

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

152403873

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSEFA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

REGUEPAA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

CASTRO

Fecha de nacimiento

Día

15

Mes

02

Año

1943

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

15

Mes

02

Año

1943

Sexo:

Varón

Müller

Documento

☒

D.N.I.

Número:

33173552-9

Documento

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Documento

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

15:13

Día

06

Mes

07

Año

2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

15:13

Día

06

Mes

07

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
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) PARADA CARDIOPULMONAR

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) INSUFICIENCIA CARDIACA

Debido a/Debido a

(e)

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(f)

¿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/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermedade 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 06 de Julio de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

1476488
DAMELA DEL VALLE CASTRO
LÓZADA

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
(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 anota 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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción 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: "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 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
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermedade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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 Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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 **JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSEFA REGUEIRO CASTRO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33173552P** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **06 DE JULIO DE 2026** a las **15:13** 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.



