

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MARIA SOSEFA (W00h) T-359/0000
Fecha de fallecimiento 7 - JULIO - 2026
Domicilio H. CLINICO
Teléfonos: 619757802 YOLANDA (HISA YOUTI)
E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	<u>C-1</u>	Medida	<u>1'9 8953</u> <u>62675</u>
Capilla ardiente	<u>S. PRATERIAS</u>	Sala Prep.	<u>S. Libro</u>
Gestión funeraria	<u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	<u>177</u>
Carroza traslado	<u>HOSPITAL - COMPLETO</u>		<u>109</u>
Prensa	<u>NO</u>		
Radio	<u>NO</u>		<u>140</u>
<u>Recordatorios fúnebres / tarjetas</u>			
<u>Ómnibus acompañamiento</u>			
Turismo	id	<u>18:30 en Igboia</u>	<u>3</u>
Certificado médico	<u>SI</u>	Registro Civil:	<u>SANTIAGO</u>
Carroza		Personal	<u>18290+9095</u> <u>13270</u>
Ayunt.º: Sepultura		<u>PENDIENTE</u>	
Iglesia	<u>SANTA CRUZ DE RIBADULLA</u>	<u>Xampanes</u>	<u>100</u>
Incineración	<u>SI</u>	Urna:	<u>360</u> <u>1535</u>
Presencia	☐ SI ☒ NO	Destino	<u>60</u>
Cantores	<u>AVIS (50)</u>	Funeral:	<u>X D. MILCINDES</u> <u>200 (133417)</u>
Flores	<u>1 CORONA</u>	<u>TUE NIETOS</u>	<u>146</u> <u>146</u>
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			<u>2170</u> <u>7530</u>

87693757

anclardingjeratf-8gued.com

in. murgend, Piguaveen Rose, CASE

100-ES
FANTAN
CAEMENTE
RANILLO FANTAN

FALLECIDO: Nombre Maria Josefa Fonten Clemente D.N.I. Nº 33135367A
id. de los padres Ramiro / Josefa
Naturaleza Vdo Provincia A Girona
Día, mes y año de nacimiento 18-3-1942
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio SANTA CRUZ DE
RIBADULLA; R/SOL. 4 - VEDR

Fallecimiento: Fecha: 16-10 horas del día 7 de Julio de 2026
Domicilio H. Clinic
Cementerio Crematorio Apostol Ayunt.º Sho

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. Laureano Rey Fonten (_____) D.N.I. 35451268 B
domiciliado en Rua Vixia, 4-4-C- Dillobio - Ames

LA SEÑORA

D/ña. MARIA JOSEFA FONTEN CLEMENTE VECINA
(VIUDA DE LAUREANO REY ROMERO) CANTON DE SANTA CRUZ RIBADULLA - VED

falleció en _____ en el día de _____ a los 84 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos LAUREANO REY FONTEN

Hijos políticos YOLANDA PEREZ HERNANDEZ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos JORGE REY ROMERO Y MARIA MATO
NIEFA BEITICA: EVA CASAS GARCIA
IAGO Y AUGO REY PEREZ

Nietos SI Bisnietos _____ Tios _____ 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

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APellidos / APELLIDOS
FONTAN CLEMENTE

Nombre / NOME
MARIA JOSEFA

SEXO / SEXO NACIONALIDADE / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
18 03 1942

HUGA BOFOT VALIDEZ / VALIDEZ
BLV125207 01 01 9999



802944

DNI **33135367A**

IDESPBL125207333135367A<<<<<
4203186F9901018ESP<<<<<<<<<5
FONTAN<CLEMENTE<<MARIA<JOSEFA<

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APellidos / APELLIDOS
**REY
FONTAN**

Nombre / NOME
LAUREANO

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
21 08 1969

NUM. SUPORT
BDG152940

VALIDEZ / VALIDEZ
06 02 2027



369817

261632

DMI 35451268B

IDESPBDG152940135451268B<<<<<<
6908212M2702065ESP<<<<<<<<<5
REY<FONTAN<<LAUREANO<<<<<<<<<

105930390

MÉDICOS A CORUÑA
Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. BEATRIZ CIGARRAN VICENTE
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO - A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en HOSPITAL PROVINCIAL CONKO, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151509446

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

☐

Pasaporte

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

33135367-A

33135367-A

33135367-A

33135367-A

33135367-A

33135367-A

33135367-A

33135367-A

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

16

10

07

07

07

07

2026

2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE CURTELLE

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 aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) HIPOTENSIÓN SEVERA
FIEBRE ORÍGEN DE CONOCIDO
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) SEDACIÓN PALIATIVA
REAGUDIZACIÓN GRAVE INSUFICIENCIA RENAL
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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 **08** de **JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA JOSEFA FONTÁN CLEMENTE** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33135367A** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **07 DE JULIO DE 2026** a las **16:10** 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.



