

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

intro mod **PAGADO** **ANEXOS** **TRAV**

FALLECIDO: **ADRIÁN RUIBAL CASTELO**

Fecha de fallecimiento: **10 - JULIO - 2026**

Domicilio: **HOSPITAL CLÍNICO - SABANAS - BATAVIA - B. PRIOL**

Teléfonos: **605797761-Begonia (Madre)** E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-0	Medida 190
Capilla ardiente	Complejo Quilón	Sala Prep. Si Libro No
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	X HOSPITAL - COMPLEJO APOSTOL	
Prensa	No	
Radio	No	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id:	
Certificado médico	X Si	Registro Civil: X SANTIAGO
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	No	
Incineración	Si	Urna:
Presencian	X Si ☐ NO	Destino:
Cantores	No	Funeral: No
Flores	Centro 18.B.B "Tu familia" (Enrama caje)	
NO SE RECIBE FLOR		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

ST:366
SC:27
4698173
CEJERALLI

FALLECIDO: Nombre ADRIÁN RUIBAL CASTELO D.N.I. Nº 55347327 N
id. de los padres JOSE RAMÓN / MARIA BEGOÑA
Naturaleza BRION Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 10 - ABRIL - 2011
Profesión Estado SOLTERO Domicilio Lugar Sabaxons 1
Bastarales - Brion - A. Coruña

Fallecimiento: Fecha: 15:31 horas del día 10 de JULIO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLINICO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

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

domiciliado en

D/ña. Adrian Ruibal Castelo. ~~L~~ SEÑOR

falleció en en el día de 10/7/2026 a los 15 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a "Su familia"

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

REINO DE ESPAÑA

DNI 55347327N

APellidos / Apellidos: CASTELO
Nombre / Nombre: ADRIAN

Sexo / Sexo: M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP NACIMIENTO / NACIMIENTO: 10 04 2011

Expiración / Expiración: 02 01 2025 Validez / Validez: 02 01 2030

NUM. SOPORTE: CJP101490

251072

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILI: LGAR. SABAXANS 1 BASTAVALES BRION A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO: BRION A CORUÑA

HIJO DE / FILLO DE: JOSÉ RAMÓN / MARÍA BEGOÑA

IDESPCJP101490955347327N<<<<<<
1104101M3001020ESP<<<<<<<<<<<7
RUIBAL<CASTELO<<ADRIAN<<<<<<<<

FALLECIDO

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33289466W

APellidos / Apellidos: CASTELO
Nombre / Nombre: MARIA BEGOÑA

Sexo / Sexo: F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP NACIMIENTO / NACIMIENTO: 20 10 1971

Expiración / Expiración: 25 02 2023 Validez / Validez: 25 02 2033

NUM. SOPORTE: CEP122001

605632

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILI: LGAR. SABAXANS 1 BASTAVALES BRION A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO: BRION A CORUÑA

HIJO DE / FILLO DE: MANUEL / MARÍA ISABEL

IDESPCEP122001733289466W<<<<<<
7110209F3302255ESP<<<<<<<<<<<9
CASTELO<NUNEZ<<MARIA<BEGONA<<<

SOLICITANTE (MADRE)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106189061

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña: VANESA LESTÓN ALONSO

D./Dña:

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO

y con ejercicio profesional en CHUS

con el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

152405882

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ADRIAN

1º Apellido del fallecido/a:

RUIBAL

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

CASTELO

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 10

Mes 04

Año 2011

Data de nascimento

Día 10

Mes 04

Año 2011

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

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

Número:

55347327-N

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

15:31

Día 10

Mes 07

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

15:31

Día 10

Mes 07

Año 2026

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

Sancho de Coustele

Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) FRACASO MULTIORGÁNICO
REFRACTARIO

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FALLO HEPÁTICO

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c) ACIDOSIS METABOLICA

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE
DE ANTICUERPOS CALIENTES

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

FRACASO RENAL AGUDO

Horas Días Meses Años
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

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/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 10 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 Defunção.

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 ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

Outras recomendacións

1. Empregar 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO
Téndose inscrito no Rexistro Civil de ADRIÁN RUIA KL CASTELO
la defunción de don/a
a defunción de don/a
ocurrida a las

ocorrida ás 15:31 horas del día 10
de JULIO de 2026

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.

72 ~~veinticuatro~~ horas do fallecemento

Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de

A 11 de JULIO
O de 2026
de
de

A LETINMAN



1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916