

OTROS CONCEPTOS

entre 24 horas após: **PAGADO** Comp. de Ca. Ocas. TPV
SPRIL 1111

21-404
SP-349
SC 201

FALLECIDO: JOSÉ MARIA RIAN CARANA

Fecha de fallecimiento 2-7-2016

Domicilio H. CLÍNICO / RESIDENCIA PORTA DO AMUÍO

Teléfonos: 622.163.707 FERNANDO (Curo) E-mail:

Smtr: 109-2026-01-13

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo <u>C1</u> Medida	
Capilla ardiente <u>TOURAC</u> Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>	
Gestión funeraria <u>Si</u> ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>Hospital- Complejo</u>	
<u>12.15</u> Prensa <u>X</u> <u>Corao. 2</u>	
Radio <u>→ Cambio por cinerario</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>no</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>→ ligada e inscrip (paa)</u>	
Turismo <u>11:50</u> id. <u>En Casa</u>	
Certificado médico <u>X</u> Registro Civil: <u>X</u> <u>Anticipo</u>	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura <u>Boisaca Cinerario 1740 X</u> <u>14810</u>	
Iglesia <u>X</u> <u>Capilla Complejo</u>	
Incineración <u>Si</u> Complejo <u>16:00</u> Uma: <u>Básica</u>	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores Funeral: <u>X</u> <u>Vis Soma</u>	
Flóres <u>X</u> <u>Corao: Espor</u>	
<u>X</u> <u>Corao: Hipo e H. política</u>	
<u>X</u> <u>Corao: E-cara & Gink 24r. Maner</u>	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO: Nombre JOSE MARIA RIAL CABANA D.N.I. N° 45862407 - Q
id. de los padres MANUEL EUGENIO Y MARIA DIVINA
Naturaleza A ESTRADA Provincia PONTEVEDRA
Día, mes y año de nacimiento 21 - ENERO - 1949
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA DAS RODAS, 2 - SGO
RESIDENCIA PORTA DO CAMINO

Fallecimiento: Fecha: 23:15 horas del día 2 de JULIO de 2026
Domicilio H. CLINICO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Jose Mª Rial Cabana LA SEÑORA.

falleció en Bentamizans - Ames en el día de 27-2026 a los 77 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Adriana Dorigo

Hijos Fernando y Gabriel y Luis.

Hijos políticos Emma

Padres _____ y demás familia.

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Salada 12:15 - Capilla Compleja

en la iglesia de Capilla Compleja

CASA MORTUORIA: Complejo Apostol S. Touza

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

NO

ES

REINO DE ESPAÑA

3862-074

45862407Q

APellidos: RIAL
CABANA
NOMBRE: JOSE MARIA
SEXO: M
NACIONALIDAD: ESP
NACIMIENTO: 21 01 1949
EXPIRACION: 16 07 2021
VALIDEZ: 01 01 9999
NUM. SOPORTE: CAE125484

429568

NACIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

152711601

152711601

DOMICILIO: DOMICILIO
RUA. RUEIRO 1 03 P01 A
AMIS
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO
A ESTRADA
PONTEVEDRA
NOMBRE DE FUJIDA DE
MANUEL FUGENTO / MARIA DIVINA

IDESPCAE125484245862407Q<<<<<<<
4901219M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<O
RIAL<CABANA<<JOSE<MARIA<<<<<<<<<

FALLECIDO

España

E19303439

NOMBRE **ADRIANA DORIGO**

NACIONALIDAD ARGENTINA
DOMICILIO AVDA MAIA 84 P02 N

LOCAL BERTAMIRANS, AMES

PROV. A CORUÑA

VAL 08-03-2027

IXESP

SEXO

M-F

X3886810-V

Lucene D. Dyer

ASPECTOS LABORALES O MOTIVO DE CONCESIÓN
FAMILIAR CIUDADANO DE LA UNIÓN
PERMANENTE

OBSERVACIONES
RESIDENTE

IXESPE193034390<X3886810V<<<<<
5702088F2703084ARG<<<<<<<<<<<6
DORIGO<<ADRIANA<<<<<<<<<<<<<<<<<

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105833327

Colegio de A Coruña Colexio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. LURDES CALERO FÉIX

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en PONTEVEDRA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

363607492

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE MARIA

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apelido do falecido/a:

RIAL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

CABANA

Fecha de nacimiento

Día 21

Mes 01

Año 1949

Sexo:

Varón ☒

Mujer ☐

Data de nacemento

Día 21

Mes 01

Año 1949

Sexo:

Varón ☒

Muller ☐

Documento

☒

D.N.I.

Número:

45862407-0

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

— — — — —

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

23 : 15

Día 02

Mes 07

Año 2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

23 : 15

Día 02

Mes 07

Año 2026

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

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 aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

1

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) NEUMONIA

3

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) DEHISCENCIA HERIDA TREPANO

24

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) DETERIORO PROGRESIVO ESTADO

2

Horas Días Meses Años

GENERAL Y MIOPATÍA

II. Otros procesos / Outros procesos

HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

3

DEHISCENCIA HERIDA

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 Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 02 de JULIO 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 00 00
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 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02
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 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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Días 00 Meses 00 Años 10

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 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 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 transcorrido 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 00 00 00
Horas Días Meses Anos

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 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 10

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

Otras 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ MARÍA RIAL CABANA con documento identificativo DNI núm. 45862407Q según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 2 de julio de 2026, a las 23:15 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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

En Santiago de Compostela a, 3 de julio de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
03/07/2026 11:40

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:nE6x-xn4b-avHu-\$vEq

