

FALLECIDO: Nombre MARIA CARREIRA IGLESIAS D.N.I. N° 33071527-B
id. de los padres GUILLERMO Y GENEROSA
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 25. MAYO - 1933
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio CORNIDE, 52 - TEO
C40

Fallecimiento: Fecha: 15:30 horas del día 27 de Julio de 20 20
Domicilio Rúa CURUXA, 8 - PORTA 3. 5ª IZD - MILLADOIRO - AMES
Cementerio CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JUAN ANTONIO REGUEIRO CARREIRA HIJO) D.N.I. 33225510-D
domiciliado en R/CURUXA, 8 - PB. 5ª IZD - MILLADOIRO - AMES

LA SEÑORA
D/ña. MARIA CARREIRA IGLESIAS CXO
(VIUDA DE BENIGNO REGUEIRO) (NATURAL DE CORNIDE - TEO)
falleció en IGLESIAS en el día de _____ a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~ _____
Hijos JUAN ANTONIO REGUEIRO CARREIRA

Hijos políticos MARIA DEL CARMEN ALVAREZ FIGUEIRAS

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

NOTA POLITICA: ANA LOPEZ MIGUEL

7 SERGIO Y NORIA REGUEIRO ALVAREZ

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

ESPAÑA **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
CARREIRA

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
IGLESIAS

NOMBRE / NOME
MARIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
25 05 1933

IDESP
ABA137262

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

CGM

Maria Carreira

DNI NÚM
33071527B



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO

PROVINCIA / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA

CONJUNTO DE NOMBRES / CONJUNTO DE NOMES
GUILLERMO / GENEROSA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
LGAR. CORNIDE CALO 22

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO

PROVINCIA / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA

15771L6D1

IDESPABA137262033071527B<<<<<<<
3305256F9901018ESP<<<<<<<<<<<<5
CARREIRA<IGLESIAS<<MARIA<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

APELLIDOS / APELIDOS
REGUEIRO

NOMBRE / NOME
JUAN ANTONIO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
10 09 1956

NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BIB132911 27 09 2028

DNI **33225510D**

Juan Antonio Regueiro

172032



DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CRUXA 8 3 P05 12

MILLADOIRO

AMES

A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO

A CORUÑA

NÚMERO DE FILLOA DE
BENIGNO / MARIA

15771L6D1

IDESPBIB132911733225510D<<<<<<<
5609109M2809274ESP<<<<<<<<<<<<4
REGUEIRO<CARREIRA<<JUAN<ANTONI

SOLICITANTE

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106127873

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Isabel del Valle Castro Hernandez
D. / Dña. 11/11/1980

En Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número 10000
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Hospital Clínico Universitario de Santiago, co número 10000
 y con ejercicio profesional en Hospital Clínico Universitario de Santiago
 e con exercicio profesional en Hospital Clínico Universitario de Santiago

Colagio actual
Colagio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

152703873

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: J A R A

1º Apellido del fallecido/a: C A B R E R A

2º Apellido del fallecido/a: I G L E S I A S

Fecha de nacimiento Día Mes Año Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de naixement Dia Mes Any Sexe: Varon ☐ Muller ☒

Documento ☒ D.N.I. Número: 33071527-8
de identidad: P.N.I. Número:

de identidad: ☐ Pasaporte ☐ Documento ☐ Pasaporte

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

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 15 : 30 Día 27 Mes 07 Año 2026
 Hora e data da defunção Hora : minutos 15 : 30 Dia 27 Mes 07 Ano 2026

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

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

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa immediata² / Causa immediata²

[illegible]**Debido a/Debido a**

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

[illegible]

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA GENERAL CRONICA

II. Otros procesos / Outros procesos

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA																
													Horas	Días	Meses	Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indícios 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 Si/Sì ☐ Accidente laboral Si/Sì ☐

Fecha del mismo: Día 27 Mes 07 Año 2026
Data do mesmo: Dia 27 Mes 07 Ano 2026

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
En

Santiago

, a
, a

27 de Julio

de
de

2024

Firma del médico
Sinatura do médico

14176488
DANIELA DEL VALLE CASTRO
LOZADA

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 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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.

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: "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 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 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) Hemorragia cerebral

debido a 3 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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 defunción. En caso de 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

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 10

5 Outros procesos:

Outros 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 Años 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.



A

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 28 de **JULIO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA CARREIRA IGLESIAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33071527B** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **27 DE JULIO DE 2026** a las **15:30** horas acaecida en **AMES**.

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



