OTROS CONCEPTOS

ento flor variado mod/ 61: Tus nietos Africa y Ana
encina cogs

ntro Colgar SORB PAGADO Compañeros de La Guardia Civil de tu hijo web

ona 40 R.R. Compañeros de Maderas Ramos (Chechi)

ento Mod 2 PAGADO y tom TPV

ento Mod 2: PAGADO Ramos TPV

ento 24RB: PAGADO TPV

FALLECIDO: JOSE RAMÓN CASAL TABOADA web

ST-481
ST-372
SC-224

Fecha de fallecimiento 16 JULIO 2026

Domicilio Rua París 23F 2ºA

Teléfonos: Teresa (hija) 616608547 E-mail: h.pol.635687335

PREFUNTIVA 3990€

01142 006144

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo O Medida 1'90	
Capilla ardiente Cervantes Sala Prep. Sí Libro X sí	
Gestión funeraria Sí ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado DOMICILIO - TANATORIO	
SÁBADO 16:00 Prensa Correo nº Dos / Esquela en domicilio.	
Radio —	
Recordatorios fúnebres / tarjetas SO	X
Ómnibus acompañamiento NO	
Turismo NO id. SALE AL TANATORIO	
Certificado médico X SI Registro Civil: X SANTIAGO	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura Sepultura 10329 Domingo 10:30h Nuevo	
Iglesia X CAPILLA COMPLEJO	
Incineración X sí Urna: X BASICA	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores X Cantor (Miguel) familia Funeral: X RECADO (Sau) 60 X 134 (102)	
Flores Corona 40 rosas bl. Tu esposa / Corona 40 rosas bl. Tus hijos e hijos políticos	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario	

VESTIR Y AMORTAJAR

FALLECIDO:

Nombre JOSE RAMON CASAL TABOADA D.N.I. Nº 33154046 Y

id. de los padres AMERICO Y MARIA

Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 20 FEBRERO 1945

Profesión Estado CASADO Domicilio RUA PARIS 23F 2ºA SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 20:30 horas del día 16 de JULIO de 2026

Domicilio RUA PARIS 23F 2ºA SANTIAGO

Cementerio CREMATORIO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. Mª TERESA CASAL GARCÍA (HIJA) D.N.I. 33291491 A

domiciliado en RI PARIS 23 F 2ºA SANTIAGO

EL SEÑOR

D/ña. JOSE RAMON CASAL TABOADA

VECINO DE SANTIAGO

falleció en en el día de a los 81 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a DOLORES GARCIA SANTISO

Hijos TERESA Y JOSE RAMÓN CASAL GARCIA

Hijos políticos JUAN VIEITES Y SOLE FERNANDEZ

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos SI

Hermanos políticos SI

Nietos SI Bisnietos Tios Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción Y DEMAS FAMILIA

Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO

CASA MORTUORIA: SALA TOURAL.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

OMC § ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* A CORUÑA

Sello/*Carimbo*

106171032

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. CARLOS GARCÍA ESTEVEZ
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *co número*
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15756
1ª colegiación / *1ª colexiación*: 2

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** JOSE RAMON
1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** CASAL
2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** TABOADA

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 20 — Mes / *Mes*: 02 — Año / *Ano*: 1945

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón*: X — Mujer / *Muller*: ☐

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33159046-Y
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos*: 20:30 — Día / *Día*: 16 — Mes / *Mes*: 07 — Año / *Ano*: 2026

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

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

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Cáusa inicial ou fundamental***[4]

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

MIASTENIA GRAVIS — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

DIABETES TIPO II — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non*: ☒ — Sí / *Si*: ☐
Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non*: ☒ — Sí / *Si*: ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *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 / *En* Santiago, a / *a* 16 de / *de* Julio de / *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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 5

II

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ 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.

Instrucións 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 transcorrido 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 10

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 5

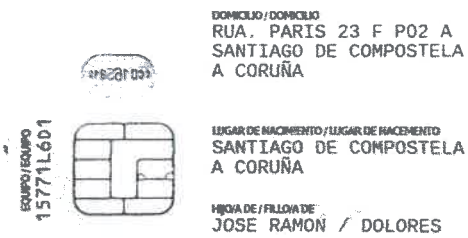
Outras recomendacións

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.

IDESPBDV188282633154046Y<<<<<<
4502203M9901018ESP<<<<<<<<<<<0
CASAL<TABOADA<<JOSE<RAMON<<<<<

FALLECIDO



IDESPCCD165815733291491A<<<<<<
7012093F3205068ESP<<<<<<<<<<<0
CASAL<GARCIA<<MARIA<TERESA<<<<

SOLICITANTE (HIJA)

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

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 **17** de **JULIO** de **2026.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **JOSÉ RAMÓN CASAL TABOADA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33154046Y** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16 DE JULIO DE 2026** a las **20:30 hora**s 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
17/07/2026 12:25	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO

RG:&Gwu-5VK&-3ySG-jGfP

EXCMO. CONCELLO DE

SANTIAGO DE COMPOSTELA

CARTA DE PAGAMENTO

Núm. 2227

Concepto 326.13

Presuposto de 19 89

O TESOUREIRO DESTE CONCELLO

Recibín a cantidade de pesetas VINTISEIS MIL.- - - - - - - - - - - - - - - -

de D. LOLO.NS GARCIA SANTIGO

en concepto de concesión de la sepultura de 1ª nº 10.329.- del Cementerio de Boisaca.-

Son PTAS.: 26.000.-

En proba do citado ingreso asino o presente recibo, que levará a toma de razón da intervención municipal.

RECIBIN,

de de 19 Santiago, CINCO de MAYO de 19 89

O TESOUREIRO,

TOMEI RAZON

O INTERVENTOR

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO - TESORERIA -

5 MAYO 1989

N.º Intervención

N.º Rexistro

Factura n.º .....

Santiago 15 *de* Mayo *de 19* 89

D. Doña Jesusa Santiaso Bertorini

	CONCEPTO	Precio	PESETAS
	Por la construcción de un subterraneo de dos cuerpos en el Cementerio Municipal de Boisaca y en la sepultura de la clase con el nº 10.329		50.000
	Recibí		