

OTROS CONCEPTOS

~~Ento 24 RB: Familia Coronado Hermida~~ ~~S 1338~~
~~Indica: S 1339~~ ~~TADO~~
~~Indica: Tus padres, hermanos y hermanos~~

FALLECIDO: MARIA BEATRIZ PENA BASCOY
Fecha de fallecimiento: 11- Agosto 2026
Domicilio: H. Conxo 316
Teléfonos: Sumera (Espx) 699771913 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio préstamo
Arca modelo	<u>0</u>	Medida <u>1'90 1043'40 - 730'38</u>
Capilla ardiente	<u>CERVANTES</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	<u>HOSPITAL - COMPLEJO</u>	
Prensa	<u>X CORREO, 2</u>	
Radio	<u>No</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>No</u>	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	<u>15:30 id. RECOSER A JUAN EN CASA</u>	<u>46</u>
Certificado médico	<u>Si</u>	<u>3</u>
Registro Civil	<u>SANTIAGO</u>	
Carroza	<u>Personal</u>	<u>132'70</u>
Ayunt.º: Sepultura	<u>Sep. 9339 Boisaia</u>	<u>VIERNES 11:00H (HUECA (SANA))</u>
Iglesia	<u>CAPILLA COMPLEJO</u>	<u>154</u>
Incineración	<u>Complejo Si</u>	<u>360</u>
Presencia	<u>Si</u> ☐ NO	<u>7530</u>
Destino	<u>X JUAN V.</u>	<u>60</u>
Funeral	<u>X JUAN V.</u>	<u>146</u>
Cantores	<u>61 CORONA ROSAS ROSAS: TU ES POSO</u>	<u>75</u>
Flores	<u>CENTRO 18 ROSAS BLANCAS: TU MIDA</u>	
Sudario	☐ Cubredifuntos	<u>50'85</u>
Acondicionamiento	☐ Rosario	<u>7530</u>

FALLECIDO: Nombre MARÍA BEATRIZ PENA BASCOY D.N.I. Nº 33295552 Q
id. de los padres ELISEO Y ROSA MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 29-ENERO-1972
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio C/POZA REAL DE ARRIBA, Nº 7
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 23:50 horas del día 11 de AGOSTO de 2026
Domicilio A. CONXO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. SALVADOR PEREIRA GONZÁLEZ (ESPOSO) D.N.I. 33284535-G
domiciliado en C/POZA REAL DE ARRIBA, Nº 7 - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. MARÍA BEATRIZ PENA BASCOY
(VECINA DE POZA REAL - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de 11-8-26 a los 54 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a SALVADOR PEREIRA GONZÁLEZ

Hijos CARLOTA PEREIRA PENA

Hijos políticos 4 DEMÁS FAMILIA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ 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



Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106189077

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

Vicente Cubría Albal

A Coruña

Santiago de Compostela

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514743

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 Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MARZA D G A T R E

PENA

BASCOS

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.

☐ Pasaporte

☐ Pasaporte

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

33295552-Q

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

23

50

11

11

08

08

2026

2026

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

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) DETECCIÓN DEL ESTADO GENERAL

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) GLIOMASTOMA IDH WT ESTADIO IV

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 23 Mes 08 Año 2026

Data do mesmo: Día 23 Mes 08 Ano 2026

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



MINISTERIO
DE JUSTICIA



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 **12** de **AGOSTO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA BEATRIZ PEÑA BASCOY** que se identifica con **D.N.I 33295552G** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **11 DE AGOSTO DE 2026** a las **23:50** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/08/2026 13:55

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Maria Manuela Garcia Jalon de la Lama

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:tt2J-Tm7v-aW&x-xn6w

