

OTROS CONCEPTOS

✓ ENTRO (Mod. 1): JOSE Y JESSICA •
ENTRO (Mod. 1): FAMILIA SIMENEE RODRIGUEZ • Adm. S.
ENTRO (Mod. 1): ~~PACARDO~~ PEDRO VARGAS Y FAMILIA ~~definitivo~~ TPV
ENTRO (Mod. 1): ~~PACARDO~~ PESTHER TERRE, HERCHI E CRISOLVA TPV
ENTRO (Mod. 1): ~~PACARDO~~ PABLO Y MARISA TPV •
ENTRO (Mod. 2): COMPANEROS DE SU VIEJA AYA
881998458 GRD'S VISTA NEGRE

FALLECIDO: CARMEN ILDO FERNÁNDEZ

Fecha de fallecimiento 11 DE DICIEMBRE DE 2023

Domicilio A Rúa, nº 7 - PIÑEIRO - AMES

Teléfonos: 679321629 - LOORDES E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida 1'90	
Capilla ardiente	BERTANIRANS, 2 Sala Prep. Libro Si	
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	DOMICILIO - TANATORIO	
Prensa	No	
Radio	16:00 16:00 16:00	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	150	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	15:30 15:30 15:30 EN IGLESIA PIÑEIRO	
Certificado médico	Si	Registro Civil: AMES
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Roto	
Iglesia	SAN MAMED DE PIÑEIRO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino: CAMPANERO
Cantores	JAVIER	Funeral: D. GONZALO 110'00 (22:00)
Flóres	ALOPONA R. ROSAS: TOS AJOS E HIA PAULITA ALOPONA R. BLANCAS: TOS AJOS E BIRMETAS	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

CS44 22800365 4130 4000 2282

FALLECIDO: Nombre CARMEN ILLODO FERNÁNDEZ D.N.I. Nº 33179379-Q
id. de los padres JOSÉ / PURIFICACIÓN
Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 21 DE DICIEMBRE DE 1941
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio A RUA Nº18 - PINEIRO - AMES

Fallecimiento: Fecha: 12/12 horas del día 11 de DICIEMBRE de 2023
Domicilio A RUA, 7 - PINEIRO - AMES
Cementerio SAN MAMED DE PINEIRO Ayunt.º AMES

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. LA SEÑORA CARMEN ILLODO FERNÁNDEZ

(VECINA DE A RUA - PINEIRO - AMES) (VIUDA DE JESÚS MARIÑO MARIÑO)

falleció en _____ en el día de 11/12/23 a los 81 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos MANUEL Y MARÍA LOURDES MARIÑO ILLODO

Hijos políticos ELENA MATALOBOS ROMARIS

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos JOSÉ ILLODO FERNÁNDEZ Si

Hermanos políticos Si

NIETO POLÍTICO.

ANA y MANUEL DANIELA y HUGO

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

ESPAÑA



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS

ILLODO
FERNANDEZ

NOMBRE / NOME

CARMEN

SEXO / SEXO

F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO

21 12 1941

NÚM. DOPORT

BHE190578 01 01 9999

VALIDEZ / VALIDEZ

Carmen Illo

368768

DNI 33179379Q

DOMICILIO / DOMICILIO

LGAR. PINEIRO-SAN MAMED SN

AMES

A CORUÑA



15771601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO

AMES

A CORUÑA

HAJIA DE / FILLOA DE

JOSE / PURIFICACION

IDESPBHE190578033179379Q<<<<<<
4112213F9901018ESP<<<<<<<<<<<<0
ILLODO<FERNANDEZ<<CARMEN<<<<<<

D./Dña. JAVIER ROSAS PACHEL, licenciado
D./Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en BERTAMIZANS

e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

153203378

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:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

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

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FALLO MULTIOrganico

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ADENOCARCINOMA DE COLON

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Si/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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/Si

Accidente laboral

Si/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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 BERTAMUNAS a 11 de DICIEMBRE de 2023
En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

6972692
DR. XAVIER ROZAS
PICHEL

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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 Días Meses Años

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

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.

Instruccions 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 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 Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

II

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 Días Meses Años

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



LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20231212/003911
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **CARMEN ILLODO FERNÁNDEZ**, con Documento Identificativo DNI **33 179 379-Q**, con derradeiro enderezo coñecido en **A RÚA 18, PIÑEIRO, AMES**, a Coruña, España, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **11 de DICIEMBRE de 2023**, as **14:40 horas**, ocorrida en **A RÚA 7, PIÑEIRO, AMES**; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **12 de diciembre de 2023**.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/12/2023 10:53

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:DdVc-4mSU-G5M9-6RbQ



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1702374464659**

Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **12/12/2023 10:47**

Código personal del registro individual del inscrito: **3LLIPWPMT00033179379Q**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **CARMEN** (7-6) Primer apellido: **ILLODO** (7-6) Segundo apellido: **FERNÁNDEZ**, (8-6-1) Hijo/a de **JOSÉ** (8-6-2) y de **PURIFICACIÓN**, (3-4-1) Sexo: **MUJER** (4-1) Estado: **VIUDO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **33179379Q**.

(2-4-2) Nacido/a en: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **21/12/1941**

(2-1-2) Domicilio último: **LUGAR A RÚA PIÑEIRO Nº: 18** (2-1-3-2) Lugar: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **33200436M** según consta en el expediente nº **20231212/003911** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **14:40** (9-9) Día: **11/12/2023** (2-6) Lugar: **A RÚA 7, PIÑEIRO** Población: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

El enterramiento será en: **SAN MAMED DE PIÑEIRO** (2-1-3-2) Población: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DE FIRMANTE:

Nombre y Apellidos: **Eva Bernardez Pereiras**

En calidad de: **ENCARGADO**

Fecha de firma: **12/12/2023 10:47**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.



