

OTROS CONCEPTOS

SF: 760
ST: 482
web

FALLECIDO: JOSÉ FERREIRO VILAS
Fecha de fallecimiento 19 DE DICIEMBRE DE 2013
Domicilio HOSPITAL MEIXOSO-VIGO
Teléfonos: 559 970 829 RV? E-mail: 619627550 gadda@

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	ARTAUPIA	Medida 1'90
Capilla ardiente	PARATERIAS	Sala Prep. SI Libro
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL MEIXOSO - TANATORIO	
Prensa	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. 5?	Registro Civil: X VIGO
Certificado médico		Personal
Carroza		
Ayunt.º: Sepultura	- 6798	X Anguiles
Iglesia	Capilla Compleja	
Incineración	Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	Funeral	X Juan Ventura
Flores	Centro: (R.R) tus nietos, nietos Politicos y bisnietos	
	Centro (R.B) tus Hijos e hijos Politicos	
	Centro (R.-) tus Hermanos y sobrinos	

Adolfo Rodriguez Martinez
rundes Vilas Conde 24-2-2000

FALLECIDO: Nombre JOSÉ FERREIRO VILAS D.N.I. Nº 33088603K
id. de los padres MANUEL + LOURDES
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 30 DE MAYO DE 1937
Profesión _____ Estado VIUDO Domicilio BAIXADA PEDASCO,
5-2º VIGO

Fallecimiento: Fecha: 07:00 horas del día 19 de DICIEMBRE de 20 23
Domicilio HOSPITAL MEIXOCERO - VIGO
Cementerio _____ Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. JOSE FERREIRO VILAS (Viudo de Pilar Alonso Casal)
(Vecino de VIGO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 86 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a —

Hijos JOSE LUIS, VICENTE JOSÉ, PEDRO AGUSTIN, AVELINO Ferreiro Alonso y
Rui Manuel

Hijos políticos : Teresa Paredes, Julia Ferradans, Mª Liria Prieto, Enma Lijó
Mª Teresa Costa

Padres —

Abuelos —

Padres políticos —

Hermanos : Carmen, Guadalupe, Ezequiel

Hermanos políticos Mª Maria Blanco

Nietos Si nietos Polat Bisnietos Sc Tios — 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**

 

APELLIDOS / APELIDOS
FERREIRO
VILAS

NOMBRE / NOME
JOSE

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
M **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
30 05 1937

NUM DO PORT **VALIDEZ / VALIDADEZ**
BJJ113784 01 01 9999

200119

DNI **33088603K** *Jose Ferreiro Vilas* **666624**

IDESPBJJ113784333088603K<<<<<<
3705306M9901018ESP<<<<<<<<<9
FERREIRO<VILAS<<JOSE<<<<<<<<<

DOMICILIO / DOMICILIO
BXDA. PEÑASCO 5 P02
VIGO
PONTEVEDRA

80881

3691316D3

RECUPO EQUIPO

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BARREIRO
PORTUGAL

FILHO DE / FILHO DE
MARCELINO ANTUNES / ISAURA JESUS

IDESPCFI186587039452643F<<<<<
7312014M2704243ESP<<<<<<<<<5
SIMOES<DE<OLIVEIRA<<RUI<MANUEL

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

PVWQIU3EBY

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

MÉDICO
PONTEVEDRA

Colegio de

105225914

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

PONTEVEDRA

, con el número
, co número

H. METROPOLITANO

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

363606804

1ª colegiación
1ª colexiación

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:

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

☐

D.N.I.

☐

Pasaporte

☐

Pasaporte

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

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?

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
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL
AL

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵NO CONSTA PORTADOR DE MARCA PA-
SOS

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

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

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clín

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

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

02

