

OTROS CONCEPTOS

para R Anall: Tus sobrinos Pava, Teresa y familia
54413213)

ho " Jose M^a Freire Gundin e hijo José Javier"
Solina Bello Sangiao → ± 35 años

FALLECIDO: JOSÉ MARÍA FREIRE GUNDIÁN

Fecha de fallecimiento: 6 DE MARZO DE 2024

Domicilio: CARBALEIRA DE SAN LONGASTO, 38-39-1-A

Teléfonos: 981564800-618609846 ANGELITA
E-mail: GESPASA

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo: <u>Pavona</u>	Medida: <u>CERRADA</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>VIERNES</u>	<u>DOMICILIO AL COMPLETO</u>	
Prensa: <u>VIERNES</u>	<u>Carroza 2</u>	
Radio: <u>12:00</u>	<u>No Murales (10-familia)</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas: <u>NO</u>	<u>NO</u> <u>Flam. Glez (12.00)</u>	
Ómnibus acompañamiento: <u>NO</u>	<u>Inscripción lápida (28.000.000)</u>	
Turismo: <u>1</u> id. <u>11:30 en Hospedaria</u>		
Certificado médico: <u>SI</u>	Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	
Carroza: <u>SI</u>	Personal: <u>SI</u>	
Ayunt.º: Sepultura: <u>BOISACA</u>	Nicho: <u>1775 (Titular)</u>	<u>Globo 80.00</u>
Iglesia: <u>CAPILLA COMPLETO</u>		
Presencia: <u>SI</u>	☐ SI ☐ NO	Destino: <u>Datos e-mail</u>
Cantores: <u>SI</u>	<u>Javier</u>	Funeral: <u>D. RICARDO</u>
Flores: <u>Corona R.R. Tu esposa</u>		
	<u>Corona R.R. Tus nietos</u>	
		<u>Bdca Restos</u>
Sudario: ☐ Cubredifuntos: ☒ Acondicionamiento: ☒ Rosario: ☒		<u>VIAHORIZAR</u>

Reservar restos y enterrar
Tiene custodia

ST:19
COT:K
000
01202420013706
1590023195

FALLECIDO: Nombre JOSÉ MARÍA FREIRE GUNDÍN D.N.I. Nº 33093571-K
id. de los padres MANUEL Y JOSEFA
Naturaleza VILASANTAR Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 DE DICIEMBRE DE 1932
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio CARBALLEIRA DE SAN LORENZO, 38-39-1ª - SANTIAGO
Fecha: 14:38 horas del día 6 de MARZO de 2024
Fallecimiento: Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre ANGELITA SECO MÉNDEZ

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. ANGELITA SECO MÉNDEZ (ESPOSA) D.N.I. 33457025-H
domiciliado en CARBALLEIRA DE SAN LORENZO, 38-39-1ª - SANTIAGO

L SEÑOR
D/ña. JOSÉ MARÍA FREIRE GUNDÍN
(VECINO DE CARBALLEIRA DE SAN LORENZO - SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de 6/3/2024 a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a ANGELITA SECO MÉNDEZ
Hijos (+) JAVIER FREIRE BELLO

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ANDRÉS (+), AMARDO (+), GELISTINO (+), MANUEL (+), JESÚS (+), ABELDO (+)
MARIA Y AMPARO FREIRE GUNDÍN

Hermanos políticos SI

Nietos SI Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: CERVANTES

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

APELLIDOS / APELIDOS
 FREIRE
 GUNDIN
 NOMBRE / NOME
 JOSE MARIA
 SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 M ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
 14 12 1932
 NÚMERO / NÚMERO VALIDEZ / VALIDADE
 BKD189604 01 01 9999

33093571K

249280

DOMICILIO / DOMICILIO
C. ROBLEDA DE SAN LORENZO 58 PD1 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

157711601
04/03/2003 10:00:00

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO:
VILASANTAR
A CORUÑA

HIJO/A DE / FUELO/A DE
MANUEL / JOSEFA

IDESPBKD189604633093571K<<<<<<
3212149M9901018ESP<<<<<<<<<<1
FREIRE<GUNDIN<<JOSE<MARIA<<<<<

APELLIDOS / APELIDOS
 SECO
 MENDEZ
 NOMBRE / NOME
 ANGELITA
 SEXO / SEXO
 F
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
 29 02 1944
 NUM PORT
 BJF179338
 VALIDEZ / VALIDADE
 01 01 9999

DNI 33157025H

981312

DOMINGO / DOMINGO
RUA. DA CARBALLEIRA DE SAN LOURENZO 38 39 POT A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

[illegible]

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
VILA DE CRUCES
PONTEVEDRA

MANUEL / CLARA

IDESPBJF179338433157025H<<<<<<
4402299F9901018ESP<<<<<<<<<1
SECO<MENDEZ<<ANGELITA<<<<<<<<<



https://certificados.cgcom.es

BUD7EBXXDO

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

A CORUÑA

Colegio de

105196191

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. JOSÉ ANTONIO CAJARVILLE GARABAL
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151570189

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE MARIA
Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a: FREIRE
1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a: GUNDIN
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 14 Mes 12 Año 1932 Sexo: Varón X Mujer
Data de nacemento Día Mes Ano Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: X D.N.I. Número: 33093571-K
Documento de identidade: Pasaporte Número:

Documento de identidad: Pasaporte Número:
Documento de identidade: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidade: N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora: minutos 14:38 Día 06 Mes 03 Año 2024
Hora e data da defunción Hora: minutos Día Mes Ano

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

Domicilio particular X 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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) CARDIOPATIA ARRITMOGENICA
Horas Días Meses Años

(c)
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CCTVS ISQUEMICO
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/ Si No/Non X
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/ Si No/Non X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Accidente de tráfico No/Non X Accidente laboral No/Non
Accidente de tráfico Si/ Si Accidente laboral Si/ Si

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermedade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En SANTIAGO, a 6 de MARZO de 2024

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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defuncção se comece pela **causa Imediata** e se remate coa **causa Inicial ou fundamental**, é dizer, 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.

Ejemplo:

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

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

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ MARÍA FREIRE GUNDÍN
, con documento identificativo DNI, 33093571K según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE MARZO 2024
a las 14:38 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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

En Santiago de Compostela a 07 de MARZO 2024 .



