OTROS CONCEPTOS

EUCRO COLGAR (40 R BP): TUS AMIGOS

é César Mourullo - 3/03/72.

FALLECIDO: ADELAIDA CÉSAR MOURULLO (web) ST:415 ST:339

PARTICULAR

Fecha de fallecimiento 4-Julio-2024

Domicilio RÚA AGRA DE ARRIBA, Nº32

Teléfonos: 625 01 4044 (Hija Pilar) E-mail: pilaruibarcesar@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo X 201.	Medida 1'90	1775
Capilla ardiente X COMPLEJO PLATERIAS	Sala Prep. X Si	Libro X Si
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X Domicilio - COMPLEJO		
Prensa	CORREO Nº3. VIERNES	
Radio	JUEVES X 1 VEZ	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	Cuidado: Sale al tanatº	
Certificado médico X Si (c.s.vito)	Registro Civil: X SANTIAGO	
Carroza	Personal LAPIDA PARA TIRAR (2 BOLSAS DE RESTOS)	
Ayunt.º: Sepultura BOLSACA SEP. 3552		
Iglesia CAPILLA COMPLEJO.		
Incineración —	Urna: —	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores X Si Telusa	Funeral X Joao (S. Cayetano)	
Flores	1 CORONA R.R (40) "TU ESPOSO". •	
	1 CORONA R.B (40) "Tus hijos e hijos Políticos" •	
	1 CORONA R.B (40) "Nietos y Nietos políticos" •	
	1 cesto 18. R.B (e.c) "TU BISNIETO" •	
	VESTIR Y ADORNAR.	
X Sudario ☐ Cubredifuntos X Acondicionamiento X Rosario		

PARA DAR DNI Y TARJETA SANITARIA A LA FAMILIA.

FALLECIDO:

Nombre ADELAIDA CÉSAR MOURULLO D.N.I. Nº 33.019600 H.

id. de los padres JOSÉ / JUANA.

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 9 - AGOSTO - 1933

Profesión Estado CASADA Domicilio RÚA DO LAVADOIRO Nº 17

SANTIAGO DE COMPOSTELA. A CORUÑA

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 4 de JULIO de 2024.

Domicilio RÚA AGRA DE ARRIBA, Nº 32. SANTIAGO.

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

LA SEÑORA

D/ña. ADELAIDA CÉSAR MOURULLO (VECINA DE RÚA AGRA DE ARRIBA - MEIXONFRÍO - SANTIAGO).

falleció en en el día de a los 90 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a RODOLFO VILAR CASTIÑEIRAS.

Hijos MARÍA DEL PILAR Y JOSÉ RAMÓN VILAR CÉSAR.

Hijos políticos JOSÉ RAMÓN SOUTO SÁNCHEZ Y FÁTIMA PRAGA BENDAÑA.

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos (NO).

Hermanos políticos EDELMIRA GIGIREY BLANCO Y JOSEFINA SUÁREZ CASETE.

ANA Y DIEGO SOUTO VILAR; FÁTIMA Y CARMEN VILAR PRAGA.

NIETOS POLÍTICOS; MANUEL VARELA VIEIROS Y ROCÍO LÓPEZ PÉREZ

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos SÍ Primos SÍ

y demás familia.- Conducción ENZO VARELA SOUTO

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / JUANA
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. LAVADOIRO (DO) 0017
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAIE189580733019600H<<<<<<
3308095F9901018ESP<<<<<<<<<<<9
CESAR<MOURULLO<<ADELAIDA<<<<<<

FALLECIDA

SOLICITANTE

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
VILAR
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
CASTIÑEIRAS
NOMBRE / NOME
RODOLFO
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
18 03 1932
IDESP
ACN111483
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

VGR

DNI NÚM.
33018838S

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / DOLORES
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. LAVADOIRO 17
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
MEIJONFRIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPACN111483533018838S<<<<<<
3203189M9901018ESP<<<<<<<<<<<0
VILAR<CASTINEIRAS<<RODOLFO<<<<

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*

Sello del Colegio / *Selo do Colexio*

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

Nº Certificado/*Nº certificado* 105594925

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. LUCÍA BARREIRO CASAL, LICENCIADA
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORUÑA (SANTIAGO), con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *, co número*
y con ejercicio profesional en C. S. VITE (SANTIAGO)
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*:

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 7540

1ª colegiación / *1ª colexiación*:

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** ADELAIDA

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** CESAR

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** MOURULLO

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 09 — Mes / *Mes* 08 — Año / *Ano* 1933

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33019600-H

☐ 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* 02:45 — Día / *Día* 04 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 2024

¿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* ☐

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] / *Causa inicial ou fundamental[4]*

(d) DETERIORO ESTADO GENERAL

INFECCION RESPIRATORIA

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

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

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*

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

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 SANTIAGO, a 4 de JULIO de 2024
En ____, a ____ de ____ de ____

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 1 0

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* 1 0

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.

CONCELLO DE SANTIAGO

T I T U L O D E C O N C E S I O N

Da **SEPULTURA** nº 3552, tramo C, sección 2ª, fila 7ª, nº de orde 7, de 2ª clase, tipo adulto, no cemiterio municipal de Boisaca a nome de Dª ABELAIDA CESAR MORRULLO.

Concedido por Decreto da Alcaldía nº 52 de data 16 de **Xaneiro de 1989**, coa facultade de usar da sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 17 de xaneiro de 1.989

O ALCALDE-PRESIDENTE | **O SECRETARIO XERAL**

CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ADELAIDA CÉSAR MOURULLO, con documento identificativo DNI, 33019600H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 04 DE JULIO DE 2024 a las 02:45 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 04 DE JULIO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
04/07/2024 13:29	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:Ssrb-GqXE-SKuY-AqFq