

OTROS CONCEPTOS

no **PAGADO** Ari 11/12/2024 (CONTADO).
Intro mod 2 (copiados) Pasada web.
MORO (2UR 41BE) PASADO PASADO - CASA DE VALENTE.

funeraria bellido@gmail.com.

VENDO DE PERFECTO COSTOS Y MINIMA MUEBLES LUNES 7:00 PM
3: LADO DERECHO

FALLECIDO: MARIA HERCEDES CASTRO GALLO

Fecha de fallecimiento 30 - NOVIEMBRE - 2024

Domicilio H. CONCHO

Teléfonos: 600878727 LUGOS (NIETA) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'80	492
Capilla ardiente SALA Quintana Sala Prep.	Libro SI	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado HOSPITAL COMPLEJO		
Prensa PROCESO LUGO		
Radio LUNES (25 PÓDUCOS x 2 COMUNAS)		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento REPANTO MURALES		
Turismo id. Recepción 14:00 en domingo		
Certificado médico SI	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza Personal		
Ayunt.º: Sepultura VILLAMERÍA BAZAR (LUGO)		
Iglesia CAPILLA CORREDO		
Incineración PARQUE VILLARÉ		55'00
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores NO	Funeral: JOSE VENTURA	60'00
Flores COLORES R.R.: TUS HIJOS E HIJOS POCIT		
	COLORES R.B.: TUS NIETAS Y NIETOS POCIT	
	COLORES 18-5: NERES, MISTO Y OLIVER	
	(ENCIMA CASA)	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

FALLECIDO: Nombre MARIA MERCEDES CASTRO GALLO D.N.I. N° 76549096-3
id. de los padres ANTONIO Y MARIA
Naturaleza A PONTENOVA Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 20 - OCTUBRE - 1936
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio ESCULTOR CAMILO OTERO, 2
DONS V. PONTEDRIDA

Fallecimiento: Fecha: 21:00 horas del día 30 de NOVIEMBRE de 2024
Domicilio H. CONDO
Cementerio SAN VICENTE DE VILAMEA Ayunt.º LUGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. JOURDEL MATEO CASTRO (NIETA) D.N.I. 33539409-G
domiciliado en PLAZA NOVA SEÑORA DA MERCE DE CONDO, R- 1ª A - SANTIAGO

LA SEÑORA

D/ña. MARIA MERCEDES CASTRO GALLO
(CUEVA GERVASIO CASTRO MORELLE - "CASA VICENTE-LINEIRA")
falleció en (PASTRAL DE LINEIRA-VILAMEA - A PONTENOVA) en el día de _____ a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~ _____

Hijos JESUS GERVASIO, MARIA JESUS, ENRIQUE Y ELOY CASTRO CASTRO

Hijos políticos JOSEFA PIÑEIRO, Y PATRICIA LASTRA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos FILOMENA (+), JOSE ANTONIO (+), MANOLITA (+) Y SABINA CASTRO GALLO

Hermanos políticos SI

* NIETOS POLITICOS: VERONICA Y ALBERTO

→ LEONARDO, JOURDEL, VANESA, JAIR, ELOY, JEAR Y ALEJANDRO

Nietos _____ Bisnietos * Tios _____ Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales A NEREA, MATEO Y OLIVER.

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
CASTRO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
GALLO

UNIONDE / NOME
MARIA MERCEDES

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
20 10 1936

IDEMP
ANC128884

VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

CGN

Maria Mercedes Castro

DNI NÚM.
76549096J



IDESPANC128884676549096J<<<<<
3610206F9901018ESP<<<<<<<<<3
CASTRO<GALLO<<MARIA<MERCEDES<<



ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD





DNI 335394096 **(X15196)**

APellidos / APPELLIDS
**MAZON
CASTRO**

Nombre / NOME
LOURDES

Sexo / SEXO
F

Nacionalidad / NACIONALIDADE
ESP

Nacimiento / NACIMIENTU
08 03 1982

Emision / EMISSION
11 09 2024

Validez / VALIDADE
11 09 2034

Núm soporte
CIW151968



592896

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

SOLICITANTE (NIETA)



105584212

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. TERESA PRADO MORANA

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con ejercicio profesional en

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

151513508

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA MERCEDES

1º Apellido del fallecido/a:

CASTRO

1er Apellido do falecido/a:

GALLO

2º Apellido del fallecido/a:

GALLO

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 30 20*

Mes 11

Mes 10*

Año 2024

Año 19

Sexo:

Varón

Mujer

Müller

Data de nacemento

Día 30 20*

Mes 11

Mes 10*

Año 2024

Año 19

Sexo:

Varón

Mujer

Müller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

76549096-J

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

21:00

Día 30

Mes 11

Año 2024

Hora e data da defunción

Hora : minutos

21:00

Día 30

Mes 11

Año 2024

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

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de trabajoOtro 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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGÉS-TIVA

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c) ANEMIA CRÓNICA AGUDIZADA POST-INTERVENCIÓN

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

Horas
Días
Meses
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas
Días
Meses
Años

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

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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 tráficoNo/Non
Sí/SíAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Sí/SíFecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DíaMes
MesAño
AñoContinúa 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 SANTIAGO, a 30 de NOVIEMBRE 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

☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 defunção 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 defunção, 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 dizer, 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

☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

2 Causa imediata:

(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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Reglamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO
Téndose inscrito no Rexistro Civil de MANIA MERCEDES CASTRO GALLO
la defunción de don/a 21:00
a defunción de don/a 21:00
ocurrida a las 21:00
ocurrida ás

horas del día 30
horas do día 30
de NOVIEMBRE de 2024
de NOVIEMBRE de 2024
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:

do fallecimiento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

12 sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.

12 ~~veinticuatro~~ horas do fallecimiento

Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de SANTIAGO

A 1 de DICIEMBRE
O 2024
de 2024
de 2024

LETNADK



