

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Rodríguez Del Nio

Fecha de fallecimiento 23-3-2025

Domicilio H. Conxo - Buio 17- mxeles

Teléfonos: 651585864

E-mail:

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Rodríguez Del Nio

Fecha de fallecimiento 23-3-2025

Domicilio H. Conxo - Buio 17- mxeles

Teléfonos: 651585864 E-mail: _____

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Rodríguez Del Nio

Fecha de fallecimiento 23-3-2025

Domicilio H. Conxo - Buio 17- mxeles

Teléfonos: 651585864

E-mail:

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Rodríguez Del Nio

Fecha de fallecimiento 23-3-2025

Domicilio H. Conxo - Buio 17- mxeles

Teléfonos: 651585864

E-mail: _____

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Rodríguez Del Nio

Fecha de fallecimiento 23-3-2025

Domicilio H. Conxo - Buio 17- mxeles

Teléfonos: 651585864

E-mail: _____

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Jose Rodríguez Del Nio

Fecha de fallecimiento 23-3-2025

Domicilio H. Conxo - Buio 17- mxeles

Teléfonos: 651585864 E-mail: _____

FALLECIDO: Nombre Jose Rodriguez del Rio D.N.I. N° 33237639-S
id. de los padres Ramirez-Daloz
Naturaleza Santiago Provincia Covunco
Día, mes y año de nacimiento 29-8-1957
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Buio 1° 12 Antel

Fallecimiento: Fecha: 28 22:30 horas del día 23 de Marzo de 2025
Domicilio H. conxo
Cementerio Incinerado Complejo Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. Jose Rodriguez del Rio L SEÑOR

falleció en Buio - Antel en el día de 23-3-2025 a los 67 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Daloz Ninos Castro
Hijos Isabel y Angel Rodriguez Ninos

Hijos políticos no

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Antonio y Maria Rodriguez del Rio

Hermanos políticos si

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios si Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Antel

en la iglesia de Santa Mª dos Antel

CASA MORTUORIA: Apostol 2.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

no

ES  **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33231634S

APellidos / Apellidos
RODRIGUEZ
DEL RIO

Nombre / Nome
JOSE

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
M ESP 29 08 1957

EMISION / EMISION VALIDEZ / VALIDEZ
05 01 2023 05 01 2033

NUM SOPORTE
CEG180927

 664768

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BUIO 17
OS ANXELES
BRION
A CORUNA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

HUOIA DE / FILLOIA DE
RAMIRO / DOLORES

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



IDESPCEG180927933231634S<<<<<<<<
5708297M3301052ESP<<<<<<<<<<<<<3
RODRIGUEZ<DEL<RIO<<JOSE<<<<<<<<<<

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

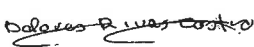
APellidos / Apellidos
RIVAS
CASTRO

Nombre / Nome
DOLORES

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
24 12 1963

NUM SOPORTE
BGR160734 05 04 2028

 561280

DNI 78781059X



DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BUYO OS ANXELES 17
BRION
A CORUNA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BRION
A CORUNA

HUOIA DE / FILLOIA DE
MANUEL / CARMEN

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



IDESPBGR160734978781059X<<<<<<<<
6312246F2804051ESP<<<<<<<<<<<<<0
RIVAS<CASTRO<<DOLORES<<<<<<<<<<<



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105475683

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enDiego Acuña Viteri
A Coruña
Sanhugo de CompostelaColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a151514371
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: RODRIGUEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: DELRIO
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento
Data de nacementoDía 29
DíaMes 08
MesAño 1957
AñoSexo:
Sexo:Varón ☒
VarónMujer ☐
MullerDocumento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ PasaporteNúmero:
Número:

33237634-S

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)Número:
Número:Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunciónHora : minutos 22:30
Hora : minutosDía 23
DíaMes 03
MesAño 2023
Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? Sanhugo 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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) SHOCK SEPTICO
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años (c)
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA
Debido a/Debido aHoras Días Meses Años II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años

¿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 No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes 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 Santiago de Compostela, a 23 de Mayo de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma manuscrita]

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

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 pola **causa imediata** 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 excluyentes, 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) Hemorragia 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:

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: ☐☐

Outras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ RODRÍGUEZ DEL RIO
, con documento identificativo DNI, 33231634S según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 23 DE MARZO DE 2025
a las 22:30 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 24 DE MARZO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
24/03/2025 13:17

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:HUSB-MZJS-gSST-MUE9

