OTROS CONCEPTOS

Centro 18 R.B. A tua c/ filla — PAGADO — Mª Carmen — TPV — S.SOS

Centro Colgar 40 R.B. — PAGADO — Carmen Lorenzo e filla — SSOG — TPV

Corona 40 R.B/D. Resina — PAGADO — Dos

Corona 40 rosas (Blancas) de Rosa — PAGADO — efectivo

Centro mod.: Tu abuelo Suso — PAGADO — TPV — SIMPLI 513

Centro flor v. b/(88€): Bloque e Jorge — PAGADO — SIMPLI 510 — web

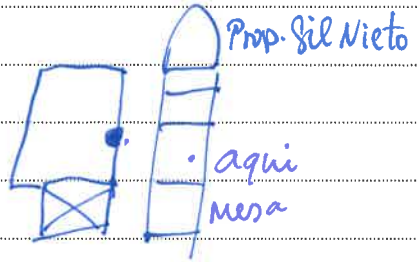
Centro flor v. mod. 1b: Clara e filla — PAGADO — SIMPLI 512 — TPV

Centro flor v. mod.: Fam. Camouzo — PAGADO — efectivo

Centro flor v. mod.: Fondo, Pili, Meli y familia — PAGADO — TPV — SIMPLI. 511

Centro flor v. mod.: Bloque personalista Colegio — PAGADO — Fra. 549 — Bizum

Centro mod.: Asoc. Bloque de flores — PAGADO — Asoc. e directiva — TPV — SIMPLI. 519



548 (web) S.F. 27 Ta. 199

FALLECIDO: JESUS GIL ILLODO

Fecha de fallecimiento: 16-04-2025

Domicilio: c/ Vista Alegre, 185-1º

Teléfonos: 609551846 Mª José — E-mail:

609549541 CONCEPTOS		Servicio pre
Arca modelo	Medida	1110
Capilla ardiente: Quintana — Sala Prep.: Sí — Libro: Sí		640/54
Gestión funeraria	☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado: ~~Domicilio~~ — Complejo		147
JUEVES 16:00 — Prensa: ~~Romeo 3~~		375
Radio: 1 (Juevs)		114'88
Recordatorios fúnebres / tarjetas: —		
Ómnibus acompañamiento: —		
Turismo: 1 — id.: Recoger cura		46
Certificado médico: ~~Sí~~ Sí — Registro Civil: ~~Santiago~~		3
Carroza: Sí (2)	Personal	178'50/147
Ayunt.º: Sepultura: ~~Pinelo~~		125
Iglesia: Capilla Complejo (ACTO FUNEBRE)		151
Incineración: —	Urna: —	
Presencian: ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores: —	Funeraria: ~~Fran Ventura~~	~~60~~
Flores: Centro 24 R.D.: A tua Dona		95
Centro Colgar (Variado): A tuas Fillas		143
Centro (Variado os teus Netos		70
☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		3470/73

FALLECIDO:

Id. de los padres JUAN y MARIA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 18-02-1931

Profesión Estado Domicilio Vista Alegre, 185-1º SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 15⁰⁰ horas del día 16 de 04 de 2025

Domicilio el mismo

Cementerio Lamascal Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR GALEGO

D/ña. JESUS GIL ILLODO

Veiño de Vista Alegre, 185-Santiago

falleció en en el día de a los 94 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su ~~esposo/a~~ DONA Flora Nieto Perez

Hijos: Marisa e Mª José

Hijos políticos: SEUROS ~~Antonio~~ ANTON ~~Rozas~~ ROZAS CAEIRO e Manuel Suarez Barreiro

netos: ROI e ERO SUAREZ GIL

Padres " políticos: Ana Gonzalez e EMMA Martin

Abuelos

Padres políticos

Hermanos ZRMANS JOSE (+), AVELINO (+) e DARIO (+) GIL ILLODO

Cuñados GENEROSA DE LA IGLESIA (+), Carmen BARCIA e Celsa Martinez;

~~Hermanos políticos~~ Lourdes, Carmen, Elida e Pegina Nieto Perez; Maximino Iglesias, Manuel Collazo (+) Francisco Marcos e José Mª Goneia (o quinto) (+)

Nietos — Bisnietos — 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

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/*Carimbo*

105526535

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Patricia Conde Sabarís
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en , co número

y con ejercicio profesional en MELIDE.
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15 | Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15126750 | 1ª colegiación / *1ª colexiación*: 95

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de* V. corresponde

DRA. PATRICIA CONDE SABARÍS 15/15126750

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

1er Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:* [illegible]

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

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día / *Día* 18 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 1931

Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33149153-N
- [ ] 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* 15:00 — Día / *Día* 16 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 2025

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* [X] — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [ ] — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [ ] — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ] — Otro lugar / *Outro lugar* [ ]

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

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) SEPSIS — 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) ITU — 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* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***Practicouse autopsia clínica?*** Sí / *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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

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 / *En* Santiago, a / *a* 16 de / *de* Abril de / *de* 2025

Firma del médico / *Sinatura do médico*

9645210

DRA. PATRICIA CONDE

SABARÍS 15/15126750

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 10

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 ☐☐ Años ☐☐

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 ☐☐ 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 ☐☐ Años 10

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 ☐☐ Años 5

Outras recomendacións

1.Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

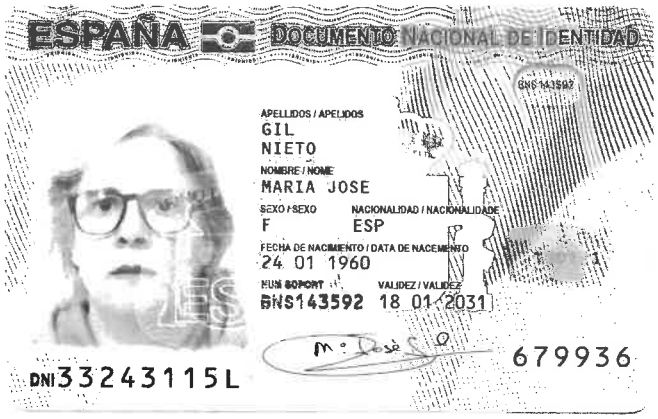
2.Evitar abreviaturas e/ou siglas.

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.



ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

BNS 143592

APELLIDOS / APELLIDOS
GIL
NIETO

NOMBRE / NOME
MARIA JOSE

SEXO / SEXO F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
24 01 1960

NUM. SOPORT BNS143592

VALIDEZ / VALIDEZ 18 01 2031

679936

DNI 33243115L

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CORREXINS, 10
FIGUEIRAS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / FLORINDA

IDESPBNS143592033243115L<<<<<<
6001249F3101182ESP<<<<<<<<<<<5
GIL<NIETO<<MARIA<JOSE<<<<<<<<<

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
GIL
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
ILLODO
NOMBRE / NOME
JESUS
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
18 02 1931
IDESP
ADM133417
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33149153N

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / País / PROVINCIA / País
A CORUÑA
HIJO DE / FILLO/A DE
JUAN / MARIA
DOMICILIO / DOMICILIO
C. VISTA ALEGRE 185 P01
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / País / PROVINCIA / País
A CORUÑA
EXPIR. EXPIR.
15771L6D1

IDESPADM133417833149153N<<<<<<
3102189M9901018ESP<<<<<<<<<<<4
GIL<ILLODO<<JESUS<<<<<<<<<<<<<

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
NIETO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
PEREZ

NOMBRE / NOME
FLORINDA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
12 05 1935

IDESP
AA0130449

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

NPF

DNI NÚM.
33055381B

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

JOSE / JUANA

C. VISTA ALEGRE 185 P01

SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

15771L6D1

IDESPAA0130449933055381B<<<<<<
3505126F9901018ESP<<<<<<<<<<<3
NIETO<PEREZ<<FLORINDA<<<<<<<<<

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.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos 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 DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don JESUS GIL JULODO
a defunción de don/a
ocurrida a las 15:00 **horas del día** 16
ocorrida ás 15:00 **horas do día**
de ABRIL **de** 2025
de
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:
do fallecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las ~~veinticuatro~~ doce horas siguientes a la del fallecimiento.
~~vintecatro~~ doce horas do fallecemento
Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 17 **de** ABRIL
O **de**
de 2025
de

(El Juez)
(O Xuíz)

LAJ

Letrada da Administración de Xustiza do Xulgado de Instrución Nº 3 • SANTIAGO DE COMPOSTELA • FE PÚBLICA XUDICIAL