

OTROS CONCEPTOS

Centro mod 2 blanco: Facultad PAGADO Web Tan

FALLECIDO: Carmen Crespo Gil.

Fecha de fallecimiento 2- Junio - 2025

Domicilio 14 Clinico - Stgo

Teléfonos: 684064017-Jos E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1'90	
Capilla ardiente	Beta "3"	Sala Prep. si Libro si	
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado	Hospital - Tant.		
Prensa	Cárcel N°2		
Radio	Regento Esquedas (Zea)		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Xuanen		
Ómnibus acompañamiento	16:30		
Turismo	id. RECOGER SACERDOTE		
Certificado médico	si	Registro Civil: saniticox	
Carroza		Personal Pinelo	
Ayunt.º: Sepultura	Ba Balam		
Iglesia	Bastavales		
Incineración		Urna:	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	Ana	Funeral: Zez 1+2	
Flores	1000: Hija política		
	1000: hija		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre Carmen Crego Gil. D.N.I. Nº 3327023-6
id. de los padres Ramon y Encarnacion
Naturaleza Buon Provincia Colems
Día, mes y año de nacimiento 10-6-1935
Profesión - Buon Estado Saltera Domicilio Orbe, 19 - Bastarabes

Fallecimiento: Fecha: 18-5 horas del día 2 de Junio de 2025
Domicilio H. Clinico
Cementerio San Julian de Bastarabes Ayunt.º Buon

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

D/ña. Carmen Crego Gil. LA SEÑORA
falleció en Orbe - Bastarabes en el día de 2-5-2025 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a -
Hijos José Ramon Crego Gil

Hijos políticos Avelina Recarey Nieto

Padres _____
Abuelos _____

Padres políticos _____
Hermanos Si

Hermanos políticos Si
Cristina Crego Recarey

Nietos Si 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
NO

ESPAÑA



CGC

DNI NÚM.
33227023G

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
CREGO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
GIL
NOMBRE / NOME
CARMEN
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
10 06 1935
IDESP
AFA132764
VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

Carmen Crego Gil



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BRION
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
RAMON / ENCARNACION
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
LUGAR. OSEBE BASTABALES 19
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BRION
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAFA132764433227023G<<<<<<
3506101F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
CREGO<GIL<<CARMEN<<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33256817J

APELLIDOS / APELLIDOS
CREGO
GIL
NOMBRE / NOME
JOSE RAMON
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
NACIMIENTO / NACIMENTO
18 12 1961
EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
20 11 2023 20 11 2033
NÚM. SOPORTE
CGR181870
290944
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
LUGAR. OSEBE BASTABALES 19
BRION
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
BRION
A CORUÑA
NOMBRE DE / NOMBRE DE
GERARDO / CARMEN
IDESPCGR181870833256817J<<<<<<
6112181M3311204ESP<<<<<<<<<<<<8
CREGO<GIL<<JOSE<RAMON<<<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105725820

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Santo Domingo

D. Dña. María LADRA GONZÁLEZ

D. Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
y con ejercicio profesional en

CORUÑA

, con el número
, co número

Santiago de Compostela

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiados
Nº de colegiados

154340670

F. de expedición
F. de expedición

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nombre de fallecido/a: CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido de fallecido/a: CREGO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido de fallecido/a: GIL

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:X D.N.I.
D.N.I.

Número:

Número:

33227023-6

Documento
de identidad:Pasaporte
Pasaporte

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

18:52

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

2025

2025

¿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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA CARDÍACA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁶

FIBRILACIÓN AURICULAR

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

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

SI/SI

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

SI/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

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DíaMes
MesAño
AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

□□□□□□

□□

1 2 3 4 5

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si Si ☐ No Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si Si ☒ No Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

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

En Santiago, a 2 de JUNIO 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 45 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 debido a 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 debido a 10 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.

Instrucciones 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 as 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 a 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 45 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 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 o 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 debido a 5 Horas Días Meses Años

5 Otros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes debido a 10 Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas o preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárens 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARMEN GREGO GIL , con documento identificativo DNI, 33227023G según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 02 DE JUNIO DE 2025 a las 18:52 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 03 JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
03/06/2025 13:24

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:AH3u-bWbN-mWB\$-bhvg

