

OTROS CONCEPTOS

Centro 1888 **PAGADO** efectivo recep.
 Centro Hdad 1' **PAGADO** efectivo recep.
 Casa Sorri. **PAGADO** de menas - Familia.
 Zoonia **PAGADO** 026753105 TPV
 Actura. Amorez Europe S.L - B82078574
 / Sepultura 10 - Alcobendas - Madrid CP: 28100
 cgonzalez@battinkr.es Maria Tovar 19-28084
 cgonzalez@battinkr.es **PAGADO** 742
 enter yor w. model (blanc) familia Lobo 742
 ANA HORRIS BLANAS **PAGADO** 742 WEB 744
 enter: Mari Vilanova / 18 R.A. 743

a p.ler.
 Anja Porto Anido
 H.º del Carmen Udoño
 2013 - Sep.

FALLECIDO: **Francisco Jose 'Pato' Udoño**
 Fecha de fallecimiento 5 - Junio - 2013
 Domicilio 14. Clinico (Urgencias)
 Teléfonos: 622091004 - Valerth E-mail:
 Web SF: 383
 ST: 270
 SC: 193
 Precip. B: 1.641
 Precip. H: 1.12

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Can	Medida 1'90	7157
Capilla ardiente	S Quintana Sala Prep.	S Libro	640542825
Gestión funeraria	S	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	Hospital - Complejo		107
	Carreo, 3		375
Prensa			
Radio			
Recordatorios funebres / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo	Base Recoger en casa		46
Certificado médico	S	Registro Civil: Santiago	3
Carroza		Personal	114/129'50
Ayunt.º: Sepultura	Signatura 546	Capilla sábado 11:00	150
Iglesia	Capilla Complejo		151
Incineración	Urna: Básica		251/73'50
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino Baisaca	
Cantores		Funeral X Juan Ventura	143
Flores		Caron R.B. Tus hijos' 105051	143
		Car. R.B. Tus hijos' p. 105051	80
		Car. R.B. Tus nietos' 105051	
		(encima caja)	
Sudario	☐ Cubredifuntos	Acondicionamiento	49'60
		☒ Rosario	73'50

FALLECIDO: Nombre FRANCISCO JOSE, PORTO LLOVO D.N.I. Nº 33194459P
id. de los padres ANGEL y MARIA DEL CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 04-03-1950
Profesión Estado Separado Domicilio P/Carballo de
Chousiña, 16-20 (Silleda) (Ponte)
Fecha: 15-10 horas del día 05 de 06 de 2025
Fallecimiento: Domicilio H. Clínico - Santiago
Cementerio Cementerio Apostol Santiago Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre
LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Valentin Porto Villanueva (HIJO) D.N.I. 76.819.369J
domiciliado en C/ Louras - 40 - MANDRAS

D/ña. Francisco Jose Porto Llovo G. SEÑOR
falleció en en el día de a los 75 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/a
Hijos Angela, Valentin, Diego y Mariana Porto Villanueva
Hijos políticos Miguel Fanego, Elena Gairizelaya,

Padres
Abuelos

Padres políticos
Hermanos Maria José, Mari Carmen, Charo, Santi, Ignacio, Chos, Nati,
Conchi, Angel Maria y Manuel.

Hermanos políticos Si
Celia, Carmen, Miguel, Juana y Carlos

Nietos Bisnietos Tíos 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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105589948

Nº Certificado/*Nº certificado*

D./Dña. MARIA FORSÁN SANTOS
D. / Dña. _____
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 SANTIAGO DE COMPOSTELA
y con exercicio profesional en _____

Colegio actual Nº de colegiado/a
Colegio actual Nº de colegiado/a

1	5	1	5	1	1	2	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: Nome do falecido/a:	F R A N C I S C O	J O S E
1º Apellido del fallecido/a: 1er Apellido do falecido/a:	P O R T O	
2º Apellido del fallecido/a: 2º Apellido do falecido/a:	Z Z O V O	

Fecha de nacimiento *Data de nacimiento* Día Mes Año Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33194459-P
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos 15 : 10 Día 05 Mes 06 Año 2025
 Hora : minutos 15 : 10 Día 05 Mes 06 Año 2025

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

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☒ No ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria No Lugar de trabajo Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

[illegible][illegible]

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) C A N C E R P U L M O N E S T A D I O I V B

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houve indícios de morte violenta?

Sí/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 ocorreuu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

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 SANTIA GO, a 05 de JUNIO de 2015
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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 defunção se comece pela **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 Defunção.

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 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 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Anos

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 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Anos

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 Anos

II

5 Outros procesos:

Outros 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 Anos

Otras 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 FRANCISCO JOSÉ PORTO LLOVO
, con documento identificativo DNI, 33194459P según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 05 DE JUNIO DE 2025
a las 15:10 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 06 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
06/06/2025 11:30

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:aeBv-yrF5-\$9VK-mT7c

