

OTROS CONCEPTOS

Centro Md y PACADO SUPLE 116 TPV
Centro 18RB: Familia de Jose Parga TPV
Centro 24: Jose Parga TPV
Centro 24: Jose Parga TPV

FALLECIDO: OLIVERIO FERNÁNDEZ RANCAÑO

Fecha de fallecimiento 12 DE ENERO DE 2024

Domicilio CHUAC - CORUÑA

Teléfonos: 655123643-Miguel (Hijo) E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-3 (COD. PROV. 130)	Medida 1'90		1.090-
Capilla ardiente QUINTANA	Sala Prep. ☒ Si ☐ No	Libro ☒ Si ☐ No	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado CORUÑA (JUAN CAÑALEJO) - SANTIAGO			
Prensa ☒ SI ☐ NO	Radio ☒ SI ☐ NO		
Recordatorios tñebres / tarjetas 100			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo id.			
Certificado médico ☒ Si ☐ No	Registro Civil ☒ Si ☐ No		
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura	VÍCTOR (MESA DE GRAXOA)		
Iglesia SANTA CRUZ DE RIVADULLA			
Incineración	Urna: ☒ CAMPANERO 100		
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino ☒ DON RICARDO		
Cantores NO	Funeral: 16 hrs ☒ MILICIAS ☐ NO		
Flores	CORONA ROSAS ROSAS: TU ESPOSA		
	CORONA ROSAS ROSAS: TUS HIJOS C. MIOS POLITICOS		
	CENTRO ENCUM CAJA: TUS NIETOS 18		
	CORONA ROSAS: TUS HERMANOS Y HERMANAS POLITICOS		
☒ Sudario ☒ Cubrefuneros ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			

ISTAN: 686157885 (GENARO)

FALLECIDO: Nombre OLIVERIO FERNÁNDEZ RANCAÑO D.N.I. Nº 33655539-F
id. de los padres DIONISIO / JOSEFA
Naturaleza A FONAGRADA Provincia LUGO
Día, mes y año de nacimiento 03 DE MARZO DE 1933
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RONDA DO OUTEIRO, Nº 253A-2ª
A CORUÑA

Fallecimiento: Fecha: 03:00 horas del día 12 de ENERO de 2024
Domicilio CHUAC (A CORUÑA)
Cementerio SANTA CRUZ DE RIUMULLA Ayunt.º VEDRA

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____

domiciliado en _____

D/ña. OLIVERIO FERNÁNDEZ RANCAÑO € L SEÑOR
(NATURAL DE FONAGRADA - LUGO) (VECINO DE VIVIENDAS DE ADJACIA CIVIL - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de 12/01/24 a los 90 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a DOLORES IGLESIAS OTERO

Hijos MARÍA DOLORES, MARGARITA, MARÍA DEL ROSARIO Y MIGUEL FERNÁNDEZ IGLESIAS

Hijos políticos ANDRÉS SEGANE, FRANCISCO CHAMIZO Y MANUEL PARDO Y ANA MARÍA BALCATO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos MANUEL, EMILIO (AUSENTE), LUCITA Y JOSÉ FERNÁNDEZ RANCAÑO

Hermanos políticos Si

SONIA ALONSO

ANDRÉS Y LETICIA SEGANE Y MARÍA Y MOISÉS PARDO

Nietos 4 Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción AMIGADAS: SELA GARCÍA Y DELFINA FERNÁNDEZ

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



NUM BOPOST	VALIDEZ / VALIDEZ
BLL158555	01 01 9999

220 *Ch. F. Brown*

220 *Ch. F. Brown*

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

HUJO/A DE / FILLO/A DE
DIONISIO / JOSEFA

IDESPBL158555633655539F<<<<<
3303034M9901018ESP<<<<<<<<<8
FERNANDEZ<RANCANO<<OLIVERIO<<<



NUM BOFORT VALIDEZ / VALIDEZ
BT0144758 18 12 2028

NUM BOFORT VALIDEZ / VALIDEZ
BT0144758 18 12 2028

EQUIPO / EQUIPO
5771L6D1

HUJO/A DE / FILLO/A DE
OLIVERIO / DOLORES

IDESPBIQ144758233297935F<<<<<
7305162M2812184ESP<<<<<<<<<4
FERNANDEZ<IGLESIAS<<MIGUEL<<<<

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105286373

<https://certificados.cgcom.es>

FA8FL1KMUG

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Id. electrónico/Id. electrónico

Sello/Colegio

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151513829

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33655538-F

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora: minutos

Hora: minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro 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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SHOCK SEPTICO

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

Horas 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 tráfico

No/Non

Sí/Sí

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Existen riesgos infecciosos?/Existen riesgos infecciosos?

SI/No

Enfermedad infecciosa/Enfermedad infecciosa

Grupo/Grupo

Posibilidad de incineración?/Posibilidad de incineración

SI/No

Incineración condicionada por/incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
- ☐ Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamiento con isótopos radioactivos
- ☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En a de de En a de de

Fecha del médico
Firma del 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".

Intervalo de tiempo aproximado
Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afectación 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 este a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el periodo 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).

Ejemplo:
Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.
Para mes y medio, anotar 45 días

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

Causas intermedias:
(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa

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

Causa inicial o fundamental:
(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados 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

Otros procesos:
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Otras recomendaciones
Ejemplo: Diabetes

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, separarlas 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 recomienda que no cubrimiento 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: "Enfermedade 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".

Intervalo de tempo aproximado
Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afectación 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 periodo 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).

Ejemplo:
Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.
Para mes y medio, anotar 45 días

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

Causas intermedias:
(b) y (c) Estados morbosos, si existiera algún, que produjera a causa

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotáranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial
debido a

Causa inicial ou fundamental:
(d) Enfermedade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, fírase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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

Otras recomendacións
Ejemplo: Diabetes

1. Empregar maiúsculas e 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, separarlas 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.



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1705064445213**

Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **12/01/2024 14:00**

Código personal del registro individual del inscrito: **3LNYN6JGY00033655539F**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **OLIVERIO** (7-6) Primer apellido: **FERNANDEZ** (7-6) Segundo apellido: **RANCAÑO**, (8-6-1) Hijo/a de **DIONISIO** (8-6-2) y de **JOSEFA**, (3-4-1) Sexo: **HOMBRE** (4-1) Estado: **CASADO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **33655539F**.

(2-4-2) Nacido/a en: **FONSAGRADA, A** (2-1-1-3) Provincia: **LUGO** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **03/03/1933**

(2-1-2) Domicilio último: **RONDA DE OUTEIRO, 253** (2-1-3-2) Lugar: **CORUÑA, A** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **JUAN JOSE BELLO ESMORIS** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **32770989Z** según consta en el expediente nº **20240112/006180** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **03:00** (9-9) Día: **12/01/2024** (2-6) Lugar: **HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA** Población: **CORUÑA, A** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

El enterramiento será en: **CEMENTERIO PARROQUIAL DE SANTA CRUZ DE RIBADULLA** (2-1-3-2) Población: **VEDRA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DE FIRMANTE:

Nombre y Apellidos: **MARIA MERCEDES SANTOS GARCIA**

En calidad de: **ENCARGADO**

Fecha de firma: **12/01/2024 14:00**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.



