OTROS CONCEPTOS

Sí
ento flor variada ropa Tus primos Eduardo, Socorro y Beck

PAGADO

SEMPLI 348

TPV

armondba@tanicbs.es LUGO

ELVIS (PEÑAROSA) 626303024

FALLECIDO: JOSE LUIS FERNANDEZ POMBO

WEB

S-132
T-96
C-61

Fecha de fallecimiento 23-Febrero-2024

Domicilio Hospital LUGO

Teléfonos: LIBIA: 630126046 E-mail:

TEMPLA-AREOSA TRASLADO + 3500

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C.O Medida	
Capilla ardiente Complejo Cervantes Sala Prep. si Libro si	
Gestión funeraria si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado HOSPITAL LUGO al Complejo Apóstol	
Sábado 18:15 Prensa Correo nº3	
Radio — EXTRACCIÓN MARCAPASOS →	
Recordatorios fúnebres / tarjetas —	
Ómnibus acompañamiento —	
Turismo 1 id. Tanatorio	
Certificado médico si Registro Civil: LUGO	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura	
Iglesia CAPILLA COMPLEJO	
Incineración 18:30 hrs. Urna: biodegradable	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores Funeral: Chéuere	60 (72166)
Flores Centro Colegas (R.B) tu compañera M.ª del Carmen 1 corazón - tus nietos y Ahijados	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre JOSE LUIS FERNANDEZ POMBO D.N.I. Nº 33185661L

id. de los padres JOSEMARIA y DOLORES

Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 04-ABRIL-1947

Profesión Estado DIVORCIADO Domicilio C/ DA INSOAS, S/Nº TABOADA (Lugo)

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 23 de FEBRERO de 2024

Domicilio HOSPITAL LUCUS AUGUSTI - LUGO

~~Cementerio~~ INCINERACION: COMPLEJO APOSTOL SANTIAGO - Ayunt.º SANTIAGO DE COMPOSTELA -

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. Mª del Carmen Rubianes Suarez (PAREJA) D.N.I. 33262092 K

domiciliado en Urxeu de Fátima, nº 16- Santiago

~~L SEÑOR~~

2023
1947
76

D/ña. JOSE LUIS FERNANDEZ POMBO (O Kilometro)

(vecino de ~~Bugallido~~ BERTAMIRANS"

falleció en en el día de a los 76 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~ su Compañera Maria del Carmen Rubianes Suarez y demás familia.-

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

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

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33185661L

DNI 33185661L

APELLIDOS / APELIDOS
FERNANDEZ
POMBO

NOMBRE / NOME
JOSE LUIS

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 04 04 1947

EMISIÓN / EMISIÓN: 20 01 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 01 01 9999

NUM SOPORTE
CBH141563

335872

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. VIRXE DE FATIMA DA 16
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BUGALLIDO
AMES
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE MARIA / DOLORES

IDESPCBH141563033185661L<<<<<<
4704041M9901018ESP<<<<<<<<<<<2
FERNANDEZ<POMBO<<JOSE<LUIS<<<<

FALLECIDO

SOLICITANTE

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

PANOV9VPNC

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de / *Colexio de* 104929860

Nº Certificado/*Nº certificado*

V.E.

D./Dña. / *D./ Dna.* XIANA TABOADA FRAGA

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *co número* 151512308

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* LUGO

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

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

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:* JOSÉ LUIS

1er Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:* FERNÁNDEZ

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

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día / *Día* 04 Mes / *Mes* 04 Año / *Ano* 1947 | Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* X Mujer / *Muller*

Documento de identidad: / *Documento de identidade:* X D.N.I. / *D.N.I.* Número: / *Número:* 33185661-L; 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* 22:00 Día / *Día* 23 Mes / *Mes* 02 Año / *Ano* 2024

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* | Centro hospitalario / *Centro hospitalario* X | 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[1] / *Intervalo de tempo aproximado*[1]

I. **Causa inmediata**[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) LIMITACIÓN DEL ESFUERZO CARDÍACO — 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. **Otros procesos**[5] / ***Outros 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*

Escaneado con CamScanner

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Si* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Si* ☒ 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 LUGO, a 23 de FEBRERO de 2024
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 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).

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 — 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

(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 6

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 1 0

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/u 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.

Mod. CMD BED-0

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 lógica**, 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 ☐☐ Anos ☐☐

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 ☐☐ Anos ☐☐

③ Causas intermedias

(b) o (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 ☐☐ Anos 1

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 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 ☐☐ Anos 1 0

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 ☐☐ Anos 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, separaras 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.

Escaneado con CamScanner

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/CREMACIÓN

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN DE LUGO

ACREDITADA LA DEFUNCIÓN DE

JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ POMBO

CON DNI/NIE/PASAPORTE

33185661-L

SEGÚN LA CERTIFICACIÓN MÉDICA PRESENTADA QUE ACREDITA LA FECHA DE LA MUERTE EL DÍA

23 DE FEBRERO DE 2024

A LAS

11:00

HORAS, OCURRIDA EN

CENTRO HOSPITALARIO (HULA) - LUGO

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN PARA (marcar lo que proceda):

DAR SEPULTURA

☐

INCINERAR

☒

AL CADÁVER DE LA PERSONA RESEÑADA UNA VEZ TRANSCURRA EL PLAZO LEGALMENTE ESTABLECIDO DESDE EL FALLECIMIENTO

Lugo a 23 DE FEBRERO DE 2024

SR/SRA LETRADO/A DE LA ADMÓN DE JUSTICIA DEL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 2 LUGO

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: **COMPLEXO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO**
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: **FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.**
Ubicación del establecimiento: SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: **ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ**	**DNI: 45873033Q**
Titulación: **Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)** **Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140**	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: **JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ POMBO**			Nacionalidad: **ESPAÑOLA**
Dni/Pasaporte: **33185661L**	Sexo: **HOMBRE**	**Edad: 76**	Fecha nacimiento: **4 DE ABRIL DE 1947**
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: **11:00 DEL 23 DE FEBRERO DE 2024 EN EL HOSPITAL DE LUGO**			
Causa fallecimiento: **MUERTE NATURAL**			
Destino final: **CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL SANTIAGO**			

Siendo las 15:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

☐ **Conservación transitoria:**
- ☐ **Refrigeración**
- ☐ **Congelación**
- ☐ **Otros (descripción)**

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ **Embalsamamiento:**

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ **Extracción de Marcapasos**

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 24 de febrero de 2024

El profesional que realiza la técnica

ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ
45873033-Q
TANATOPRACTOR
12/18/00003778/SANPO108

Adrián Jiménez Rodríguez
45873033Q

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria - Tanatorio Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
☎ 24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M