

OTROS CONCEPTOS

PAGADO efectivo recap

PAGADO *efectivo recibo*

8071803 25

AGUADA VICTORIA TRX 9 2011

US 22 15 15 FARMERS C 1008 NDA

Cole's College

Kocio, Susana Gloria, Hossie

los amigos y compañeros de

SECRET

COMPANHIA S.A. COM FINE S

Blanco: sin cinta

3. Group of 10

MANUEL ANTELO Y SQUIER FR

• CON CAJÓN DE LOS COMPLEJOS

DE KUNSTEN EN WETENSCHAPPEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

2080 0365 4030 4000

.....[Pope John Paul II](#).....

.....

FALLECIDO: Jose Hernandez Lamban

Fecha de fallecimiento 8-Abril-2024

Domicílio R/ Moineiro de Bretemas, P2, Bº A

Teléfonos: 639665693 (Sonic) E-mail: sbando@gmail.com

CONCEPTOS						Servicio prestado
Arca modelo	C-1		Medida	1'90		
Capilla ardiente	Praterdas		Sala Prep.	si	Libro	si
Gestión funeraria	si				☐ Tramitación UUVW	
Carroza traslado	Domicilio - Complejo					
Prensa	Lancas, 2					
Radio	Plateros					
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO					
Ómnibus acompañamiento	NO					
Turismo	id.					
Certificado médico	Si		Registro Civil	Santiago		
Carroza	Personal					
Ayunt.º: Sepultura	Sª Cristina Fechas					
Iglesia	Capilla Complejo					
Incineración	—		Urna:			
Presencia	☐ SI ☐ NO		Destino			
Cantores	si Parulas Joma		Funeral:	D Bontalo		X60(7563)
Flores	Cancho para capar 36: Tu esposa Gancho para b. ES: Tus hijos					
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario						

€567 2080 0365 4030 4000 2208

FALLECIDO: Nombre José Fernando Camba D.N.I. N° 76.313.105U
id. de los padres Manuel y Dorinda
Naturaleza Val de Dubre Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 04/03/1951
Profesión PZ, B°A. (Santiago) Estado Casado Domicilio R/ Muíños de Bretemas

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 8 de Abril de 2024
Domicilio R/ Muíños de Bretemas, P.2, B°A.

Cementerio Santa Cristina de Feche Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre Maria del Carmen Conde Seoane

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Iván Fernando Conde (Hijo) D.N.I. 44847504B
domiciliado en R/ Muíños de Bretemas, P.2, B°A. (Santiago)

EL SEÑOR

D/ña. José Fernando Camba
(Natural de Benbiñe y vecino de Santiago)

falleció en _____ en el día de _____ a los 72 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a Maria del Carmen Conde Seoane

Hijos Sonia, Mónica (+) e Iván Fernando Conde

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Carmen, Lola, Maria, Dorinda, Sara, Mande e Isabel.

Hermanos políticos Si

Shigado: Victoria Antelo Fernandez

Nietos Si 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



APELLIDOS / APELIDOS
FERNANDEZ
CAMBON
NOMBRE / NOME
JOSE
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
04 05 1951
NUM SOPORT
BCS188888 VALIDEZ / VALIDEZ
09 11 2026

Jose Fernandez Cambon

DNI 76313105W

558336

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. NUNEIRO DE BRETEMAS 2 PBJ A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA



15771L601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VAL DO DUBRA
A CORUNA

HUOIA DE / FILLOIA DE
MANUEL / DORINDA

IDESPBCS188888876313105W<<<<<<<
5105047M2611099ESP<<<<<<<<<<<<<8
FERNANDEZ<CAMBON<<JOSE<<<<<<<<<<



APELLIDOS / APELIDOS
FERNANDEZ
CONDE
NOMBRE / NOME
IVAN
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
29 03 1986
NUM SOPORT
BLC162375 VALIDEZ / VALIDEZ
04 12 2029

Ivan Fernandez Conde

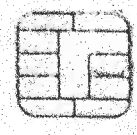
DNI 44847504B

997184

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. NUNEIRO DE BRETEMAS DE 0002 PBJ A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA



15771L601



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

HUOIA DE / FILLOIA DE
JOSE / MARIA DEL CARMEN

IDESPBLC162375644847504B<<<<<<<
8603290M2912040ESP<<<<<<<<<<<<<1
FERNANDEZ<CONDE<<IVAN<<<<<<<<<<



D./Dña. M^{re} JOSEFA LÓPEZ PEREZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15 6555

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a: FERNANDEZ

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a: CARBON

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 04 Mes 05 Año 1951

Data de nacemento Día Mes Ano

Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 76313105-W

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. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 16 : 00 Día 08 Mes 04 Año 2024

Hora e data da defunción Hora : minutos Día Mes Ano

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

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de traballo 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 aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) ANILLO PULMONARICO Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c) Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CIRROSIS HEPATICA Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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

Fecha del mismo: Día 00 Mes 00 Año 00
Data do mesmo: Día 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 incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

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

En SANTIAGO, a 8 de ABRIL de 2024

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

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela 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 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 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 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

Otras 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ FENÁNDEZ CAMBÓN
, con documento identificativo DNI, 76313105W según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 08 DE ABRIL 2024
a las 16:00 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 09 de ABRIL 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
09/04/2024 12:15

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:wQt6-Mguk-f52S-582R

