OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: José Manuel Cabo Camiña

ST: 42
SC: 110

Fecha de fallecimiento 11-4-2024

Domicilio Carballos - Cara

Teléfonos: 608217075 E-mail:

AUTOPSIA 0242009904

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo ..... Medida	
Capilla ardiente Bertamiráns 2 Sala Prep. Si Libro X Si	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X DOMICILIO - TANATORIO APÓSTOL	
VIERNES Prensa X Correo 2	
10:45 Radio X Suara	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ X 100	
Ómnibus acompañamiento no	
Turismo ..... id. TAXI CURA	
Certificado médico X Si Registro Civil X Ames	
Carroza ..... Personal	
Ayunt.º: Sepultura (Rojo) ~~Incinerado~~ Complejo	
Iglesia San Esteban de Cara.	
Incineración Si (12:30) Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino ENCIERRO CENIZAS VIERNES CARDE	
Cantores X FELISA Funeral:	X 170,00 (25774)
Flores 1-TU Hija Soraya y Felipe político Fran. • 1-Coro: Hijados César y Lucía • 1-Coro: Sobrinos - Brais y Tomi • 1-Coro: Sobrinas Yamina y Carla y Aaron • 1-Coro: Hermana, Manuela y Esposo. •	
☒ Sudario ..... Cubredifuntos ..... ☒ Acondicionamiento ..... ☐ Rosario	

CERRADO

FALLECIDO:

Nombre José Manuel Caho Camiño D.N.I. Nº 78795653-E

id. de los padres Jacinto - Mª Mera

Naturaleza Ames Provincia Coruña

Día, mes y año de nacimiento 21-2-1978

Profesión Estado Divorciado Domicilio [redacted] Carballeira Caras

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 11 de abril de 2024

Domicilio Carballeira Caras

Cementerio Complejo Apostal Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. José Manuel Caho Camiño

falleció en Carballeira - Caras - en el día de 11-4-2024 a los 46 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~ Compañera — Mª Jesús Fernández González.

Hijos Soraya Mª Álvarez Rajo, Andrea Caho Rajo, y José Manuel Caho Rajo

Hijos políticos Francisco Canto.

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Carmen Camiño Pereiro y Fina, Antonia, Pili, Carmen, Lourdes y Manuela Caho Camiño

Hermanos políticos Sí

Nietos Bisnietos Tios Sí Sobrinos Sí Primos Sí

y demás familia.- Conducción

Funerales Viernes. -

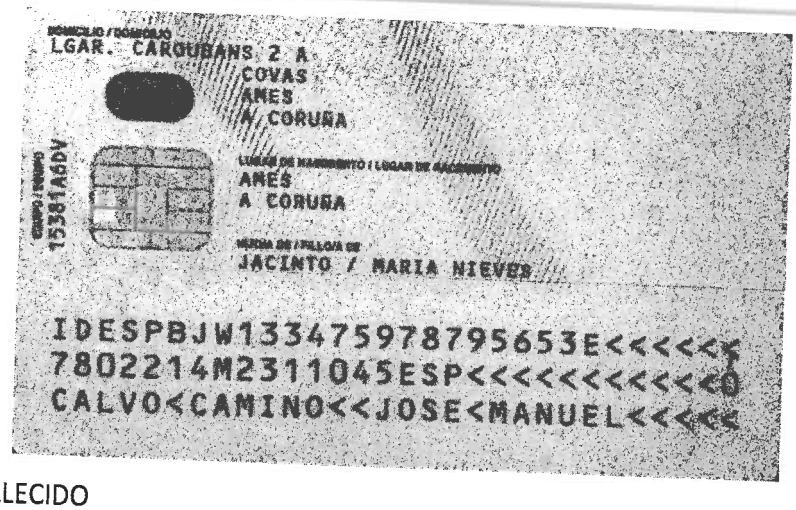
en la iglesia de San Estefan de Caras

CASA MORTUORIA: Apostal 2

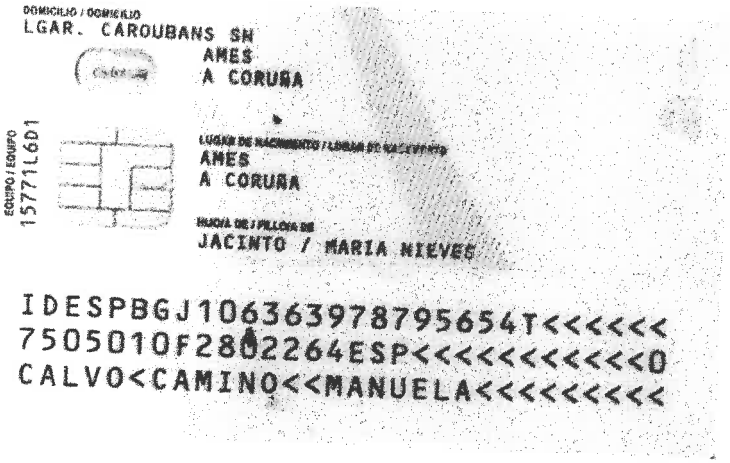
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

NO



FALLECIDO



SOLICITANTE (HERMANA)

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

3VHG83QRVN

Id. electrónico/*Id. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

105197358

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. María Jesús Margoreto Sánchez
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en la Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *co número*

y con ejercicio profesional en SAP Ames Betanzos
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 08003

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** JOSE MANUEL

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 24 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 1978

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 78795653-E
- [ ] 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* 04:54 — Día / *Día* 11 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 2024

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* [X] — 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**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

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

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) CARCINOMA BRONCOGENICO

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) CARCINOMA BRONCOGENICO

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[6]

FIBRILACION AURICULAR

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

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

Scanned with CamScanner

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

Si/*Si* [ ] No/*Non* [X]

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I[ ] II[ ] III[ ]

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Si/*Si* [X] No/*Non* [ ]

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 protesis*

En/*En* Bertizarana, a/*a* 11 de/*de* Abril de/*de* 2024.

Firma del médico/*Sinatura do médico*: DNI 71416869 MARIA JESUS MARGARETO SANCHEZ 15788880.3

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 basica 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 — debido a ↓ — Horas [3] 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 [2]

(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 [5]

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 [10]

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.

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 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 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 excluintes, 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).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 dias — 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) 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ — Horas [ ] Días [ ] Meses [ ] Anos [2]

(c) Pielonefrite cronica — 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 [10]

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, 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.

Scanned with CamScanner

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. **20240412/002641**
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **JOSE MANUEL CALVO CAMIÑO**, con Documento Identificativo DNI **78795653-E**, con derradeiro enderezo coñecido en **LUGAR DE CAROUBANS Nº2-COBAS-AMES** ,a Coruña, España, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **11 de Abril de 2024**, as **04:54 horas**, ocorrida no seu domicilio particular; CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **12 de Abril** de **2024**.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
12/04/2024 09:51	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:9j6V-NyHd-GG2V-xgRg