

ST. LOT
ST. 190
ST. 112

nto FVHod/Blanco" Lourdes y Ana"

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre JOSE RAMÓN MÍQUEZ VALIÑAS D.N.I. Nº 33193 204-H
id. de los padres JOSE Y MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 8-09-1949
Profesión Estado CASADO Domicilio ESTRADA DE LAPIDO
2A-3ºB-BERTANIZANS-AMES

Fallecimiento: Fecha: 19:33 horas del día 11 de ABRIL de 2024
Domicilio ESTRADA DE LAPIDO 2A-3ºB - BERTANIZANS-AMES
Cementerio INCINERADO COMPLETO APOSTOL Ayunt.º 8400.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. MARIA PILAR MONTERO MARTINEZ (ESPOSA) D.N.I. 33204513-B
domiciliado en ESTRADA DE LAPIDO 2A-3ºB - BERTANIZANS - AMES

EL SEÑOR
D/ña. JOSE RAMÓN MÍQUEZ VALIÑAS

VECINO DE SANTIAGO Y JUBILADO DE AWDASA
falleció en en el día de 11-04-2024 a los 74 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a MARIA PILAR MONTERO MARTINEZ

Hijos JOSE-RAMÓN Y EVA MARIA MÍQUEZ MONTERO

Hijos políticos GLORIA FOJO LÓPEZ Y ANGEL DURO AGRAFOJO

Padres NIEPOS: LIDIA MÍQUEZ FOJO Y YAGO DURO MÍQUEZ

Abuelos

Padres políticos

Hermanos GLORIA, MANUEL, ELENA Y CARMEN MÍQUEZ VALIÑAS

Hermanos políticos Si

Nietos Bisnietos Tíos Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: COMPLETO APOSTOL

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

NO

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
MIGUEZ VALINAS
NOMBRE / NOME
JOSE RAMON
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
08 09 1949
NUM SOPORT
BLY126339 VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 33193204H

131136

DOMICILIO / DOMICILIO
PLZA. JOSE ANTONIO 7 P08 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / MARIA

IDESPBL126339233193204H<<<<<<
4909086M9901018ESP<<<<<<<<<<<<8
MIGUEZ<VALINAS<<JOSE<RAMON<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIDOS
MONTERO MARTINEZ
NOMBRE / NOME
MARIA PILAR
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
16 04 1950
NUM SOPORT
BFE157631 VALIDEZ / VALIDEZ
06 10 2027

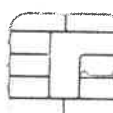
DNI 33204513B

308480

DOMICILIO / DOMICILIO
PLZA. JOSE ANTONIO 7 P08 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / MANUELA

IDESPBF157631733204513B<<<<<<
5004162F2710062ESP<<<<<<<<<<<<4
MONTERO<MARTINEZ<<MARIA<PILAR<

SOLICITANTE (ESPOSA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

MYUVBMS9CZ

Id. electrónico/Ide. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105437375

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enCARLO GARCIA ESTRADA
SANTIAGO DE A CORUÑA
SANTIAGO DE COMPOSTELAColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

7542

1ª colexiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE RAMON

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

MIGUEL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

VALERIAS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 08

Mes 09

Año 1999

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

33193204-H

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ 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

19:33

Día 11

Mes 04

Año 2024

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

AMES

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

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ESTENOSIS AORTICA

Horas Días Meses Años

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFARTO DE MIOCARDIO

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

CIRROSIS HEPATICA, DIABETES TIPO II, FIBRILACION AURICULAR

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa 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 AMES, a 11 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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 transcorrido 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 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 ☐ ☐ 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. Anótase 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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 5
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.

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20240411/002302
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **DON JOSÉ RAMÓN MÍGUEZ VALIÑAS**, con Documento Identificativo DNI **33 193 204-H**, co derradeiro enderezo coñecido en **Estrada de Lapido 2-A, 3º B, Ames, A Coruña, España**, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **11 de ABRIL de 2024**, as **19:30 horas**, ocorrida en **SU DOMICILIO, AMES**; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **11 de abril de 2024**.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/04/2024 09:50

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:JqF9-GcU5-9ebA-YA76

