

OTROS CONCEPTOS

PRO 18 R/B / PITAGORAS 654456440 ANA. 88

pro mod. Sergio, Carmen e hijos. (traslado cenizas)

o 18 rsas Tu to PAGADO familia. 88 FFE

FALLECIDO: JOSEFINA GARCIA MIRAS

Fecha de fallecimiento 4 DE ABRIL DE 2024

Domicilio TEXE, 141 - CALO - TEO

Teléfonos: 626928899 sobito

E-mail: 626165464 HODESO

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1 Artaria	Medida 1,90		710
Capilla ardiente T.CALO, 2	Sala Prep. Libro 81		
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado DOMICILIO AL TANATORIO	CORREO 3		365
Prensa			
Radio 2 VECES			273'14
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO			
Ómnibus acompañamiento NO	Derechos patronato		24'80
Turismo 5? id. RECESER EN IECEJA			
Certificado médico X C.S.CILO	Registro Civil: X TEO		
Carroza 2	Personal		
Ayunt.º: Sepultura CALO - ROJO (resps)			80/30
Iglesia SAN JUAN DE CALO			
Incineraación PATRONATO (NBI)	Urna: SARISAN (JOE)		60'00
Presencia Si NO	Destino		70
Cantores SI X USO	Funeral: JOHED		X 140 (75247)
Flóres 657	CORONA R/B TU HIJO		140
	CORONA R/B TUS HERMANOS POLIT.		140
Sudario ☐ Cubrefuneros ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario			

ENTREGAR DNI + T. SANITARIA FALLECIDA CON ENFERMEDAD TRANSMISIBLE Y GENEALOGIA

FALLECIDO: Nombre JOSEFINA GARCIA MIRAS D.N.I. Nº 33174415-C
id. de los padres MODESTO Y ERMINDA
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 DE FEBRERO DE 1942
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio _____
TEXEXE, 141 - CALO - TEO (A CORUÑA)
Fecha: 437 horas del día 4 de ABRIL de 20 24
Fallecimiento: Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio CALO Ayunt.º TEO
Cónyuge: Nombre ANTONIO DE JESÚS FOJO

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MODESTO DE JESÚS GARCÍA (HIJO) D.N.I. 33264415-K
domiciliado en TEXEXE, 141 - CALO - TEO (A CORUÑA)

L SEÑOR
D/ña. JOSEFINA GARCIA MIRAS
(VIUDA DE ANTONIO DE JESÚS FOJO)
falleció en (VECINA DE TEXEXE - CALO - TEO) en el día de 4/4/24 a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a MODESTO DE JESÚS GARCÍA
Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos MANUEL Y ADELIA DE JESÚS FOJO; MARIA ESTEVEZ Y FAUSTINO TABOADA.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos SI Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción VIERNES

Funerales _____

en la iglesia de SAN JUAN DE CALO (TEO)

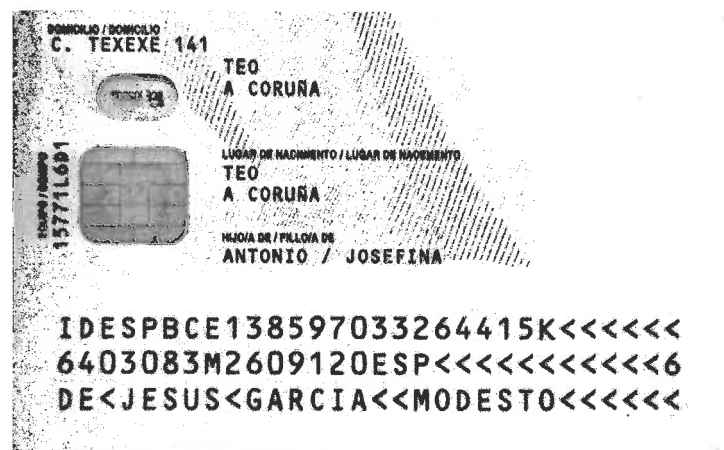
CASA MORTUORIA: T. CALO, SALA 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



SOLICITANTE (HIJO)



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados.cgcom.es

QSZEJ39TZA

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105441822

Nº Certificado/Nº certificado

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 en

WCU

CAO (TEO)

con el número

co número

Colegio actual

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Nº de colegiado/a

272703404

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:

2ª Apellido do falecido/a:

JOSEFINA
MIDAS
MIDAS

8749129

DRA. ANA SANCHEZ HARGUINDEY

PEREIRA

Corrección

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento de identidad:

☒ D.N.I.

☐ D.N.I.

Número:

Número:

33124415-0

Documento de identidad:

☐ 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

04:27

Día

Día

Mes

Mes

Mes

Mes

Año

Año

2024

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

TEO

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 tempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) FALTO DE OXÍGENO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causas intermedias / Causas intermedias

Debido a/Debido a

(b)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

Debido a/Debido a

(d) NEOPLASIA VESICULAR

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos / Outros procesos

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

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

Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

000000

000000

000000

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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 CAL (TEO) a 4 de ORDIL de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

8749179
DRA. ANA SÁNCHEZ-HARGUINDEY
PEREIRA

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".

I 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐

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 ☐ ☐

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.

Instrucciones 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".

I Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido 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 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 ☐ ☐ 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) Hemorragia cerebral debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

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 ambigüedades.
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 JOSEFINA GARCÍA MIRÁS, con documento identificativo DNI 33174415C, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 4 de abril de 2024, a las 04:37 horas, acaecida en Teo.

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, 4 de abril de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
04/04/2024 16:41

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:9yDS-rGye-Gm9X-JRAK

