

OTROS CONCEPTOS

~~Cents 24 RR. Family Marcos~~ ~~laen 30~~ ~~Feb~~ **PAGADO** ~~(S734)~~

FALLECIDO: Wamon Nieto Jairo

Fecha de fallecimiento 6-5-78

Fecha de fallecimiento 6-5-78
Domicilio U. clinico - onse - Bortachan

Teléfonos: 660 019 115 E-mail:

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1,90
Capilla ardiente	Bertraniano-2	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	Hospital - Tanatorio	
	Repetir muertos	
	Wiercober	
	Presna	
	Radio	Radio
	Recordatorios-fúnebres/ tarjetas	100
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. Go. Iglesia	
Certificado médico	Si	Registro Civil Sanitario
Carroza	Personal	Familia
Ayunt.º: Sepultura	Buñon (Pdo.)	Reto
Iglesia	San Julian de Bertraniano	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	Si	Funeral:
	1-cao: Res para	
Flora	Caraci Hijo, H. conlilian	
	Conteo 24 R. Blancos viejos	
		170 (7764)

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Ramon Nieto Tolio D.N.I. N° 33222426-F
id. de los padres Ramon - Elia
Naturaleza Buon Provincia Couno
Día, mes y año de nacimiento 11-6-1955
Profesión 18 - Buon Estado casado Domicilio Orsebe - Bastarale

Fallecimiento: Fecha: 22:10 horas del día 6 de Mayo de 2024
Domicilio h. clinico
Cementerio San Julian de Bastarale Ayunt.º Buon

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. () D.N.I.
domiciliado en

D/ña. Ramon Nieto Tolio L SEÑOR

falleció en Orsebe - Bastarale en el día de 6-5-78 a los 68 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Ja Jose Fernandez Nieto
Hijos Flaentina, Chelo Nieto Fernandez

Hijos políticos Valentin Pena Varela y Francisco Fernandez Mallon
lieb: Jonathan y Jonathan y Manuel

Padres

Abuelos demas familia

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales en la iglesia de San Julian de Bastarale
CASA MORTUORIA: Apart. 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



1577107

BRION
A CORREA

BRION
A CORREA

BRION
A CORREA

IDESPBJK166389933222426F<<<<<<
5506116M2905202ESP<<<<<<<<<<1
NIETO<TOBIO<<RAMON<<<<<<<<<<<

FALLECIDO



**BASTAVALES
BRION
A CORUÑA**

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
BRION
A CORUÑA

HUOIA DE / FILIOIA DE
RAMON / MARIA JOSE

IDESPBNL123872244815947X<<<<<<
7710078F3012095ESP<<<<<<<<<<7
NIETO<FERNANDEZ<<MARIA<FLORENT

SOLICITANTE (HIJA)

OMC §

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

XU0HW9V54S

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105423487

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. URBANO ANIDO HERRANZ, LICENCIADO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el númeroy con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151509963

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

R A M O N

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

N I E T O

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

T O B I O

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 11

Mes 06

Año 1955

Sexo:

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

Número:

33222426-F

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos 22:10

Día 06

Día 06

Mes 05

Mes 05

Año 2024

Año 2024

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular
Domicilio particular ☐Centro hospitalario
Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo
Lugar de trabajo ☐Otro lugar
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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ADENOCARCINOMA DE RECTO METASTASIS TOSICO

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

¿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 00 Mes 00 Año 00
Data do mesmo: Día 00 Mes 00 Año 00Continúa 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 SANTAGO, a 6 de MAYO 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 ☐ ☐ 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 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ Horas Días Meses Anos

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 Anos

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐ Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas y 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 RAMÓN NIETO TOBIO , con documento identificativo DNI, 33222926F según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE MAYO 2024 a las 22:10 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 07 de MAYO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
07/05/2024 12:21

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:BAJE-&PaN-6StV-sSe9

