OTROS CONCEPTOS

web

EUCRO (18 R. Rojas): FAMILIA MARCOS LORENZO

FALLECIDO: San Simón Martínez Romero ST:66

Fecha de fallecimiento: 17-6-2024

Domicilio: Olmedo 16 - Bastarás

Teléfonos: 670 519807 E-mail:

SALA LUCÍA 4264 €

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo ..... Medida	
Capilla ardiente: BERCALIRÍAS 2 Sala Prep. ..... Libro	
Gestión funeraria: Sí ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado: HOSPITAL CLÍNICO - TANAT. APÓSTOL	
MARTES 17:45 Prensa: X Correo 2 REPARTO	
Radio: X Radio	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~: X 100	
Ómnibus acompañamiento: 20	
Turismo ..... id.	
Certificado médico: Sí Registro Civil: X Santiago	
Carroza ..... Personal	
Ayunt.º: Sepultura: Bron X ROSO CENTEAS	
Iglesia: San Julián de Bastarás	
Incineración ..... Urna:	
Presencian ..... ☐ SI ..... ☐ NO ..... Destino	
Cantores: X FELISA Funeral: X 170 (80442)	
Flores: coll. 1 - coronas de 1/. políticos. 1 corona - lietos y lietos políticos.	
☒ Sudario ..... ☐ Cubredifuntos ..... ☐ Acondicionamiento ..... ☐ Rosario	

Lietos a enterro

Sin: 912086497

FALLECIDO:

Nombre Luz Divina Martínez Romero D.N.I. Nº 33043933-V

id. de los padres Andrés - María

Naturaleza Brión Provincia Coruña

Día, mes y año de nacimiento 8-2-1930

Profesión Estado Viuda Domicilio O Sebe - Bastavales

Fallecimiento:

Fecha: 14/6/25 horas del día 17 de Junio de 2025

Domicilio H. clínico

Cementerio San Julián de Bastavales Ayunt.º Brión

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. Luz Divina Martínez Romero
viuda de Manuel Suárez Prieto

falleció en O Sebe - Bastavales en el día de 17-6-2025 a los 94 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Cecilia, Ramón y Victoria Suárez Martínez.

Hijos políticos Irene Bouzas, Amunia Boullón Romero
Benigno Varela

Padres Nietos: Lolita y Juan; José Manuel, Juan Ramón

Abuelos Velida; Oscar

Padres políticos

Hermanos no

Hermanos políticos no

Nietos política Bisnietos Sí Tataranietos Tios Sobrinos Sí Primos Sí

y demás familia.- Conducción

Funerales Martes 17/6/25

en la iglesia de San Julián de Bastavales

CASA MORTUORIA: Apostal 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

no

España

NOMBRE / NOME
LUZ DIVINA
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MARTINEZ
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
ROMERO

EXPED. 03-06-2002 VAL. PERMANENTE
IDESP

33043933-V

Ministerio del Interior

NACIÓ EN / NACEU EN	BRION		
PROVINCIA / PROVINCIA	A CORUÑA	EL / O	08-02-1930
HIJO / A DE / FILLO / A DE	ANDRES / MARIA	SEXO / SEXO	M-F
DOMICILIO / DOMICILIO	LGAR OSEBE-BASTAVALES 16		
LOCALIDAD / LOCALIDADE	BRION		
PROVINCIA / PROVINCIA	A CORUÑA	EQUIPO / EQUIPO	15771L6DR

IDESP33043933V7<<<<<<<<<<<<<<<
3002083F9912315ESP<<<<<<<<<<<2
MARTINEZ<ROMERO<<LUZ<DIVINA<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33292641A

APELLIDOS / APELLIDOS
SUAREZ
BOULLON

NOMBRE / NOMBRE
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO M
NACIONALIDAD / NACIONALIDAD ESP
FECHA DE NACIMIENTO / FECHA DE NACIMIENTO 27 09 1971

EXPEDICIÓN / EXPEDICIÓN 30 04 2024
VALIDEZ / VALIDEZ 30 04 2034

NUM. SOPORTE
CHT169706

760704

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILIO
C. ANXERIZ MILLADOIRO 4 P2 PO5 E
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
LUGO
LUGO

NOMBRE PADRE / NOMBRE PADRE
RAMON ANTONIO

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D4

IDESPCHT169706333292641A<<<<<<
7109278M3404300ESP<<<<<<<<<<<4
SUAREZ<BOULLON<<JOSE<MANUEL<<<

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

OPZQEWXPLE

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*: Ilustre colexio oficial de médicos de ourense — Sello/*Carimbo*

105360006

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* MARIA GRACIA CARREIRO

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

Colegio actual / *Colexio actual*: 32320358 8

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*

1ª colegiación / *1ª colexiación*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* COMPLEJO HOSPITALARIO SANITARIO

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:* LUZ DIVINA

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

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

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día / *Día* 08 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 1930

Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33043933-V
- ☐ 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* 14:45 — Día / *Día* 12 — Mes / *Mes* 06 — Año / *Ano* 2024

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* ☐ — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ☒ — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☐ — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

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

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) FALLO MULTIORGANICO — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*:

Debido a / *Debido a*

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

(b) SEPSIS — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: 6 — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*:

Debido a / *Debido a*

(c) INSUFICIENCIA RENAL AGUDA — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: 6 — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*:

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]*

(d) HERNIA INCARCERADA — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: 8 — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*:

II. Otros procesos[5] / *Otros procesos[5]* — Horas / *Horas*: — Días / *Días*: — Meses / *Meses*: — Años / *Anos*:

¿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 / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

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

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 / *En* Santiago, a / *a* 17 de / *de* Junio de / *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 ☐☐ 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 1 0

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 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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

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 ☐☐ 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐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 ☐☐ Años 1 0

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 ☐☐ Años ☐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.