

OTROS CONCEPTOS

(ZRE)
 CORONA (R. BL): TU TIO NAVIO Y FAMILIA
 (ZRE)
 CORONA (R. BL): TUS HERMANOS Y HERMANOS POLITICOS
 (ZRE)
 ZENRO (118 R. BL): TUS AMIGOS DE LA CASA DE CUORA
 Centro buena (esc): Tus sobrinos y sobrinos politicos (Z12)
 1 Centro solgar mod. 1 "Familia" (Z12)
 Centro navado mod. 1 "tra Otero" (Z12)

FALLECIDO: ~~08/05~~ Saiz Torres Martin ~~web~~

Fecha de fallecimiento 24-6-2024

Domicilio: Pedernales - otomero (H. Clinica)
Teléfonos: 695352051

Teléfonos: 69352057

CONCEPTOS		Medida	Servicio prestado
Arca modelo	C-1 HATE	1,90	564
Capilla ardiente	BERZAPIRINS, 1	Libro firmas	448/534620
Gestión Funeraria	Si		144
Carroza traslado	HOSPITAL AL TANATORIO		144
Esquelas:	MADES	4 x autobus	445
Radio	Manter	x combi	1457
Recordatorios fúnebres / tarjetas	100	comitos.	45
Ómnibus acompañamiento	20		
Turismo	id.		
Certificado médico	21		3
Registro Civil	Santiago	Carroza	155/124
Ayunt.º: Sepultura	San Juan de Atorero	Abjo	180
Iglesia	San Juan de Atorero	Edsa	1580
Incineración		Funerales	
Urna cenizas			70
Cantores	Ana	Sres. curas	70 (80842)
Flóres	2000		140
	Cao: esposa		140
	Cao: Hija		
	1580		
	Concho: Vaso		
	15 R. BQ		
	Planchas-velas		
	Almora y Sanof		
	E. Co		

SUBEDIFUNTOS

MORTAR

FALLECIDO: Nombre José Turnes Martínez D.N.I. Nº 76452110-J
id. de los padres Pedro - Marina
Naturaleza Ames Provincia Coruña
Día, mes y año de nacimiento 22-10-1945
Profesión otono Estado casado Domicilio pedregal

Fallecimiento: Fecha: 13:45 horas del día 24 de junio de 2024
Domicilio Ll. clérigo
Cementerio San Juan de otoño Ayunt.º Ames

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I..

domiciliado en

D/ña. José Turnes Martínez L. SEÑOR

falleció en pedregal otoño en el día de 24-6-2024 a los 78 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Dolores Cayro Casal
Hijos Marina y Pablo Turnes Castro

Hijos políticos cc
hermanas: Ainara y Ikeray Turnes otro

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Ramon, Vicente, Carmen y Manuela Turnes Martínez

Hermanos políticos Valeriana plara, Marisa praz, Camilo Garcia y Manuel pensado:
tio: Manuel Martínez (hermano cuido de Victorias Bellon)

Nietos Bisnietos huipados Tíos políticos Sobrinos 2 Primos 2

y demás familia.- Conducción

Funerales llantos

en la iglesia de San Juan de otoño

CASA MORTUORIA: apostal 1

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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

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

XI4RBXZINE

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

MEDICO
PONTEVEDRA

Colegio de

105328641

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. ROC SOTO FELIJO

GRADUADO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513319

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

JOSE

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

TURNES

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

MARTINEZ

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 22

Mes 10

Año 1945

Sexo:

Varón ☒

Mujer ☐

Data de nacemento

Día 22

Mes 10

Año 1945

Sexo:

Varón ☒

Muller ☐

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

76462110-J

Documento
de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

13:45

Día 24

Mes 06

Año 2024

Hora e data da defunción

Hora : minutos

13:45

Día 24

Mes 06

Año 2024

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

Santiago de compostela

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FRACASO RESPIRATORIO

Horas 13 Días 0 Meses 0 Años 0

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas 13 Días 0 Meses 0 Años 0

Debido a/Debido a

(c) ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Horas 13 Días 0 Meses 0 Años 0

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Horas 13 Días 0 Meses 0 Años 0

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Horas 13 Días 0 Meses 0 Años 0

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

Si/Si ☐

No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 ☒
Si/Si ☐

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non ☒
Si/Si ☐

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día 24

Mes 06

Año 2024

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

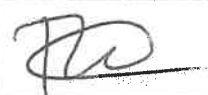
Si/Sí ☒ No/Non ☐

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 próteses

En Santiago, a 24 de JUNIO de 2024
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Assinatura 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".

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 ☐ ☐

II 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

III 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

IV 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 ☐ ☐

V 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** e se remate coa **causa inicial ou fundamental**, é dizer, 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 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

II 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

III 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

IV 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

V Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ TURNES MARTÍNEZ, con documento identificativo DNI 76462110J, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 24 de junio de 2024, a las 13:45 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 25 de junio de 2024.



