OTROS CONCEPTOS

(194)

FALLECIDO: Carlos Ojeros Beiras

Fecha de fallecimiento 9-9-2024

Domicilio H. clínico - Quintanas - 2 - Ames

Teléfonos: 696791042 E-mail:

ST: 620
ST: 106

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo ..... Medida	505'72 - 564
Capilla ardiente Bar. 2 ..... Sala Prep. ..... Libro	443 / 534 / 16'24
Gestión funeraria Si ..... ☐ Tramitación UUVV	144
Carroza traslado ~~Hospital~~ - Tanatorio	114
Prensa ~~Coche~~ nº 2	205
Radio ~~Martes~~ Martes 17:30	111'57
~~Recordatorios fúnebres~~ / tarjetas ~~100~~	37'50
Ómnibus acompañamiento 20	
Turismo ..... id.	
Certificado médico ~~Si~~ ..... Registro Civil ~~Santiago~~	3
Carroza ..... Personal	155
Ayunt.º: Sepultura Ames ~~X~~ (Rip)	124 / 125
Iglesia Santo Tomas de Ames	
Incineración ..... Urna: Campana	70
Presencian ..... ☐ SI ..... ☐ NO ..... Destino	~~70'00~~
Cantores ~~X~~ Felisa ..... Funeral:	~~70~~ (85800)
Flores 1 cao: Hijos, Hijos políticos y ~~nietos~~	140
1 cao: Hermanos y ~~Hpolíticos~~	140
1 cao: Sobrinos y primos	140 / 140
1 cao: Ll. políticos, nietos	900
1 centro 24 n. blancos	22'60
☐ Sudario ..... ☐ Cubredifuntos ..... ☐ Acondicionamiento ..... ☐ Rosario	23'60
	22'10

Alfonso D2422077

FALLECIDO:

Nombre Carlos ajeros Beiras D.N.I. Nº 33204901-P

id. de los padres José - Concepción

Naturaleza Ames Provincia Coruña

Día, mes y año de nacimiento 31-1-1950

Profesión Estado Divorciado Domicilio Quintans 2 Ames

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 9 de Septiembre de 202x

Domicilio H. clínico

Cementerio Santo Tomas De Ames Ayunt.º Ames

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. Carlos ajeros Beiras

falleció en Quintans - Ames - en el día de 9-9-2024 a los 74 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Si

Hijos políticos Si

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Si

Hermanos políticos Si

Nietos Si Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales Martes

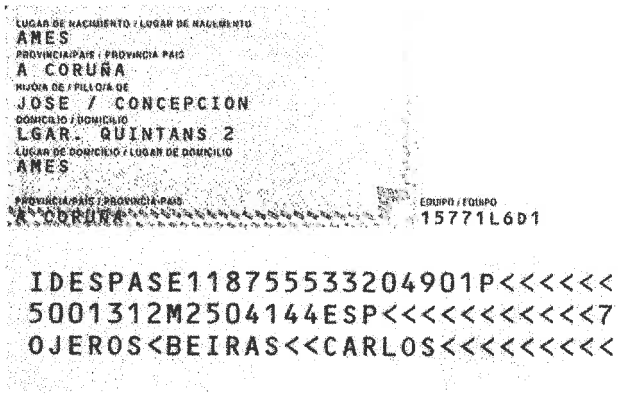
en la iglesia de Santo Tomas de Ames

CASA MORTUORIA: Apostol. 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

—0



FALLECIDO

SOLICITANTE

OMC — ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Selo*

105592933

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* AITZIBER SANTIAGO LANSARICA

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

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15150132 00

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:* CARLOS

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

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

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día / *Día* 31 — Mes / *Mes* 01 — Año / *Ano* 1950

Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* [X] Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33204901-P
- [ ] 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* 13:40 — Día / *Día* 09 — Mes / *Mes* 09 — 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* [X] — 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[7]** / ***Intervalo de tempo aproximado[7]***

I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata[2]*

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) FIBROSIS PULMONAR GRAVE — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(d) NEUMONIA GRAVE — Horas / *Horas* — Días / *Días* — 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* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / *Practicouse autopsia clínica?* Sí / *Si* [ ] No / *Non* [X]

¿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* [X] Sí / *Si* [ ] — Accidente laboral / *Accidente laboral* No / *Non* [X] 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 Santiago, a 9 de Septiembre de 2024
En de Compostela, a de de

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 muérte 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 ☐☐ Anos ☐☐

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

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

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 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 ☐☐ Anos 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 ☐☐ Anos 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARLOS OJEROS BEIRAS, con documento identificativo DNI 33204901P, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 9 de septiembre de 2024, a las 13:40 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 , 10 de septiembre de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
10/09/2024 12:08	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:hcTE-XXXD-KU9V-25vR