

OTROS CONCEPTOS

Plana 40 R. Blancas " Recuerdo de tus señores y señoras Politicos "

no 662376120

ento FV Mod 2 blanca y rojo " Suso y Carmen " EIR.

1883479 - Carmen Ponbo

2004 (R.R.) : Pili, ANGELO Y FAMILIA EIR.

FALLECIDO:

Felipe Tombe Martinez

SFSB

ST: 131

Fecha de fallecimiento

29-10-2024

Domicilio

Lupido - atono

Teléfonos:

695108749

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1,90
Capilla ardiente	Belita-2	Sala Prep. Si Libro XS
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	Doncilio - Tanatorio	
	X Coneo 3	
	Prensa	
	Radio	
Recordatorios fúnebres - tarjetas	X 100	
Ómnibus acompañamiento	10	
Turismo	id.	
Certificado médico	Si	Registro Civil: X Amen
Carroza		Personal
Ayunt.º Sepultura	Amen	
Iglesia	San Juan de atono	
Incineración	Urna: Campana	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino (50) X 70 (89079)
Cantores	Carlos	Funeral: 1 + 2
	1 - Caro: Lilián E.H. políticos	
	1 - Caro: violeta y violeta políticos	
	1 - Caros 24 R. Blanca - Bimbieta	
	Encima caja	
Flores		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

FALLECIDO: Nombre Felipe Tomha Martin D.N.I. N° 33183281P
id. de los padres Jose - Beltrina
Naturaleza Ames Provincia Couma
Día, mes y año de nacimiento 1-5-1937
Profesión _____ Estado Viudo Domicilio Lapido. aton

Fallecimiento: Fecha: 12:00 horas del día 29 de octubre de 2024
Domicilio Lapido. aton
Cementerio San Juan de aton Ayunt.º Ames

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Felipe Tomha Martin L SEÑOR
Viudo de Carmen Capcam Pava

falleció en Lapido. aton en el día de 29-10-2024 a los 82 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Mra. uña Marycarmen Tomha Capcam

Hijos políticos Gerardo Casal Amarelle y Jose uña Dulla Gomer

Padres vieta: Ruben Pita y Amara Arpe

Abuelos vieta politica: Maria y Felicia

Padres políticos _____

Hermanos Primietos: Thalia, Karlos, Atahona y Zecus

no
Hermanos políticos no subia

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Mercado

en la iglesia de San Juan de aton

CASA MORTUORIA: apostal. 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

no

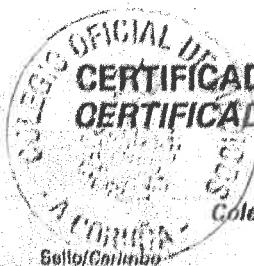
OMC

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

WOYXNSAK47

Id. electrónico/Ido. electrónico

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105317528

Hº Certificado/Hº certificado

D./Dña.

M^a DEL CARMEN BECERO ABAD

D. / Dña.

on Medicina y Cirugía, colegiado/a en

SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número

on Medicina y Cirugía, colegiado/a en

SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

o con ejercicio profesional en

Lugar de
defunciónHº de defunción
Hº de defunción

151511510

Firma
Firma

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

FELIPE

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

TEMBRA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MARTINEZ

Fecha de nacimiento

Día

01

Mes

05

Año

1937

Sexo:

Varón

X

Mujer

Data de nascimento

Día

01

Mes

05

Año

1937

Sexo:

Varón

X

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33183281-P

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Documento

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

12

00

Día

29

Mes

10

Año

2024

Hora e data da defunción

Hora : minutos

12

00

Día

29

Mes

10

Año

2024

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

AMES

Domicilio particular

☒

Centro hospitalario

☐

Residencia socio-sanitaria

☐

Lugar de trabajo

☐

Otro lugar

☐

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDÍACA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿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

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non

Si/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DíaMes
MesAño
AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Se ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Se ☐ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento com Isótopos radioativos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En AMES, a 29 de OCTUBRE de 2024

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".

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 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 cumprimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "devido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tão importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afeição e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este à sua vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluintes, é dizer, hai que expressar o período numa 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 ☐ ☐ ☐ ☐
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) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesão 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
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.

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20241029/022030
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **don FELIPE TEMBRA MARTÍNEZ**, con Documento Identificativo DNI **33 183 281-P**, co derradeiro enderezo coñecido en **Lapido, Ortoño, Ames, A Coruña, España**, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **29 de outubro de 2024, as 12:00 horas**, ocorrida no seu domicilio; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **29 de outubro de 2024.**

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
29/10/2024 14:46

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:ZR&Q-nh3u-9Kf&-Kn2f



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

A presente certificación literal expédiuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asento: **1730209540776**

Data Inscripción Rexistro Electrónico de Seguridade: **29/10/2024 14:45**

Código persoal do rexistro individual do inscrito: **3MFG7ZVH500033183281P**

DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-6) Nome: **FELIPE** (7-6) Primeiro apelido: **TEMBRA** (7-6) Segundo apelido: **MARTÍNEZ**, (8-6-1) Fillo/a de **JOSÉ** (8-6-2) e de **BALBINA**, (3-4-1) Sexo: **HOME** (4-1) Estado: **VIÚVO/A** (6-1) Nacionalidade: **ESPAÑA** Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **33183281P**.

(2-4-2) Nacido/a en: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Data: **01/05/1937**

(2-1-2) Domicilio último: **LUGAR LAPIDO ORTOÑO Nº: 00** (2-1-3-2) Lugar: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**. Código Postal: **15220**.

A inscrición practícase en virtude de: **DECLARACIÓN** realizada por **ÁLVARO ZARAUZA BEIRAS** con Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **78799090D** segundo consta no expediente nº **20241029/022030** do Rexistro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **12:00** (9-9) Día: **29/10/2024** (2-6) Lugar: **SU DOMICILIO** Poboación: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

O soterramento será en: **SAN XOAN DE ORTOÑO** (2-1-3-2) Poboación: **AMES** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DO ASINANTE:

Nome e apelidos: **EVA BERNARDEZ PEREIRAS**

En calidade de: **ENCARGADO**

Data de sinatura: **29/10/2024 14:45**

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítase o presente certificado literal do Rexistro Civil.



