

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: JESÚS ADONIS PEREIRA SAYAÑS ^(Urb) ^{Si: 5607}
 Fecha de fallecimiento: 25 - NOVIEMBRE - 2024
 Domicilio: C/ SAN PEDRO DE YERONZO, 2-3º - SANTIAGO
 Teléfonos: 625.26.51.45 (RICARDO)
617.66.68.48 (JESÚS) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>Redonda</u>	Medida	856 43 - 59
Capilla ardiente <u>PRATERIAS</u>	Sala Prep. <u>SI</u> Libro <u>NO</u>	628 + 5:
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUVV	170
Carroza traslado <u>Domicilio - TANATORIO</u>		105
MARTES 1730 Prensa Radio	<u>ORNER N°3 (Montes)</u>	365
	<u>LA CA - SEPULTURA →</u>	280 ⁰
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>	
Turismo <u>Apóstol id. Rengel 1730 en San Fernando</u>		45
Certificado médico <u>SI</u>	Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	3
Carroza	Personal	120 + 12:
Ayunt.º: Sepultura <u>BOISACA SEPULTURA 9148 - TINELO</u>		150
Iglesia <u>CAPILLA COMPLETO</u>		149
Incineración	Urna:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino <u>Xado</u>	
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>Don JOSÉ MARIA</u>	60 (90 ⁰)
Flores <u>CORONA ROSAS ROSAS: TUS HIJOS E HIJOS POLITICOS</u>		140
<u>CORONA ROSAS BUNDLES: TUS NIETOS Y BISNIETOS</u>		140
<u>NO FLORES / NO DUELO</u>		2660
☒ Sudario	☒ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO:

Nombre	JESÚS ADOÑIS, FEREIRA SAYAÑS			D.N.I. Nº	330204945
id.	de los padres	MANUEL Y ERECELINDA			
Naturalaleza	HORAÑA		Provincia	PONTEVEDRA	
Día, mes y año de nacimiento	3 - Junio - 1927				
Profesión	Estado	Viudo		Domicilio	c/ SAN PEDRO DE NEREA, 2-3º - SANTIAGO (A GARAÑA,
Fecha:	17:00	horas del día	25	de	NOVIEMBRE de 2024
Domicilio	c/ SAN PEDRO DE NEREA, 2-3º - SANTIAGO				
Cementerio	BOISACA		Ayunt.º	SANTIAGO	

Fallecimiento:

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA

Tomo

; Página

DECLARANTE D.

PICARDO

FEREIRA

SAYAÑO

(Hijo)

D.N.I.

33222924 E

domiciliado en

c/ PIA Y CANAELA, 39-3º-Trq. - A GARAÑA

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos

Bisnietos

Tíos

Sobrinos

Primos

y demás familia - Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



Nº Certificado/Nº certificado

1ª colección
2ª colección

[illegible]

Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Sexo:	Varán	Mujer
Data de nascimento		Dia	Mes	Ano	Sexo:	Várón	Muller
Documento de identidad:	☒ D.N.I.	Número:	33020484-5				
Documento de identidad:	☐ Pasaporte	Número:					
Documento de identidad:	☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)	Número:					
Documento de identidad:	☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)	Número:					
Hora y fecha de la defunción	Hora : minutos	77:00	Día	25	Mes	11	Año
Hora e data da defunción	Hora : minutos	77:00	Día	25	Mes	11	Año
¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?							
NORTA-GO							
Domicilio particular	☒	Centro hospitalario	☐	Residencia socio-sanitaria	☐	Lugar de trabajo	☐
Domicilio particular	☒	Centro hospitalario	☐	Residencia socio-sanitaria	☐	Otro lugar	☐

Intervalo de tiempo aproximado¹[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indícios de morte violenta?		¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autópsia clínica?	
Si / Si	☐	No / Non	☒
¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / A defunção ocorreu como consequência directa ou indirecta de?:			
No / Non ☒ Accidente laboral Si / Si ☐ Accidente laboral		No / Non ☒ Fecha del mismo: Día ☐ ☐ ☐ Mes ☐ ☐ ☐ Año ☐ ☐ ☐ Si / Si ☐ Accidente de tráfico Si / Si ☐ Fecha de mismo: Día ☐ ☐ ☐ Mes ☐ ☐ ☐ Año ☐ ☐ ☐	

Si/Si ☐ No/Non ☒

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

Si/Sr ☒ No/Non ☐

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

Existencia de prótesis/Existencia de prótesis	

Firma del medico
*_____
 Sinatura do medico*

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".

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).

Horas

Días 4 5

Meses

Años

debido a Horas Días Meses Años

En el cuadro patológico señalado en la línea (a) de consecuencia de di-
 más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

debido a
 debido a

Horas Días Meses Años

Horas
 Días
 Meses
 Años 5

Horas
 Días
 Meses
 Años

4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐☐

02

Si/Si ☐ No/Non ☒

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

Si/Sr ☒ No/Non ☐

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

Existencia de prótesis/Existencia de prótesis	

Firma del medico
*_____
 Sinatura do medico*

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece *pela causa imediata* e se remate coa *causa inicial ou fundamental*, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras *"debidamente"* que facilitan a comprensión do concepto de *secuencia lóxica*, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermedade 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".

Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da delunción, de tal forma que no tempo anotado no apartado 1.a) debe ser inferior ou igual a 1.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao 1.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, 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 informádolo máis importante).

Horas Dias Meses Anos

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, serán a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

devido a 3

(b) e (c) Estados morbosos, se existiese algún, que produciría a causa arriba

Se o estado patológico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

devido a Horas Dias Meses Anos

debido a

(d) *Enfermidade ou lesão que iniciou os fatos anteriormente mencionados que condução à morte. Anotará-se uma única causa, a que fosse diretamente de todo o processo que levou à defunção. Em caso de acidente ou violência, far-se-á uma breve descrição das circunstâncias*

Horas Dias Meses Años

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que a producirli

Horas Dias Meses Anos

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JESÚS ADONIS PEREIRA SAYANS, con documento identificativo DNI 33020494S, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 25 de noviembre de 2024, a las 17:00 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 , 26 de noviembre de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
26/11/2024 10:43

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjjusticia.gob.es/validacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Re Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:gvTv-wbpr-xMdb-NYW5

