

OTROS CONCEPTOS

~~CELT~~ **PAGADO** (TPV - MONTOUTO) CENTRO (74'00) FAMILIA BOTANA SANTURTO •

~~CELT~~ CENTRO 18 ROSAS ROJAS (88€) (EFFECTIVO) ROGELIO, JOSÉ ANTONIO Y FAMILIAS •

~~CELT~~ CENTRO (74'00) **PAGADO** COMPANEROS DE TU HIJA MAR (MULTIUSOS DO SAR) • FACTURA.

~~CELT~~ Centro Mod. L. Casa de Vaamonde (663748544) •

~~CELT~~ Centro Mod. 0 **PAGADO** Familia Sobredo. A brñe • TPV

WEB SF-80 ST-80

FALLECIDO: MANUEL SOBREDO ROSENDE

Fecha de fallecimiento 28 DE NOVIEMBRE DE 2024

Domicilio LAMAS, 38 - VAAMONDE - TEO

Teléfonos: 606934675 MANUEL

AVANTIA 31856

CONCEPTOS		Servicio prest
Arca modelo	C-1 MATE	Medida 1,90
Capilla ardiente	MONTOUTO, 3	Libro firmas SI
Gestión Funeraria	SI	
Carroza Traslado	HOSPITAL AL TANATORIO	
	CORREO N°3 (SABADO)	
Prensa		
Esquelas:		
Radio	13	Ver Viciados
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	id. CURA SALE AL TANATORIO	
Certificado médico	SI	
Registro Civil	SANTIAGO	Carroza
Ayunt.º: Sepultura	RINEL	
Iglesia	VAAMONDE	
Incineración	CAMPANERO (AVISA FAMILIA)	Funerales
Urna cenizas		
Cantores	MARTIN	Sres. curas ZACARIAS
Flores	1 CORONA ROSAS ROJAS: A TUA DONA	
	1 a u BUNDAS: OS TEUS FILLOS E FILLOS POLITICOS	
	1 CENTRO VARIADO: OS TEUS NETOS	
	1 CENTRO VARIADO: OS TEUS BISNETOS	
	CENCINA CAJA	

VESTIR Y AMORTAJAR - SUDARIO

140'00€

Nombre MANUEL SOBRERO ROSENDE D.N.I. Nº 32387222-W

id. de los padres JOSÉ Y CARMEN

Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA

FALLECIDO: Día, mes y año de nacimiento 9 DE ENERO DE 1950

Profesión Estado CASADO Domicilio LATAS, 38 - VAATONDE - TEO (A CORUÑA)

Fecha: 23:59 horas del día 28 de NOVIEMBRE de 2024

Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLÍNICO SANTIAGO (A CORUÑA)

Cementerio SANTA MARIA DE BATONDE Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página ;
DECLARANTE D. MARIA ESTHER MIRANDA CALVIÑO (Esposa) D.N.I. 33206448Z
domiciliado en El Hijo

D/ña. MANUEL SOBRERO ROSENDE L SEÑOR
Cecilio de LATAS - BATONDE - TEO
falleció en en el día de 28/11/24 a los 74 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/ MARIA ESTHER MIRANDA CALVIÑO.
Hijos Mónica, Manuel, Jesús y MARIA DEL MAR

Hijos políticos PIAL Gesto, y MARIA ORTEGA;
SOBRERO MIRANDA.

Padres Vistos: LORENA, LAURA, JUAN (+), Manuel, Maria, MARIA Y MARIE;
Abuelos Bisnietos: PAEL Y EIRIAN

Padres políticos
Hermanos

Hermanos políticos SI

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si
y demás familia - Conducción

Funerales en la iglesia de VAATONDE
CASA MORTUORIA: TANATORIO MONTOUTO, SALA 3
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

No



FALLECIDO



SOLICITANTE (Hijo)

OMC

ORGANIZACION
MEDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MEDICOS



Colegio de

Sello/Carimbo



Nº Certificado/Nº certificado

105503251

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Cebos Yebra - Rueda Bec
D. / Dna. Silvia de Gope, con el número 151513212
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Salas, co número
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en Salas
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

CERTIFICADO de defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANUEL
1º Apellido del fallecido/a: SOBREDO
2º Apellido del fallecido/a: DOSENDO
Fecha de nacimiento: 09 09 01 Año 1950 Sexo: ☒ Varón ☐ Mujer
Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 32383222-W
☐ Pasaporte Número: -
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: -

Hora y fecha de la defunción: Hora: 23 minutos 59 Día 28 Mes 11 Año 2024
¿En qué municipio ocurrió la defunción?: Salas
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado?

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) 0159019AC10N062EC1R0HEC0N1CA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) 0159019AC10N062EC1R0HEC0N1CA
Debido a/Debido a

(c) 0159019AC10N062EC1R0HEC0N1CA
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ESTENOSIS AORTICA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

0159019AC10N062EC1R0HEC0N1CA
Debido a/Debido a

¿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 ☐ No/Non ☐ Accidente laboral ☐ No/Non ☐
Accidente de tráfico ☐ Si/Si ☐ Accidente laboral ☐ Si/Si ☐
Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Se ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa _____

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Se ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Salgado, a 28 de Novembre 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 afectación 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 este 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

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

(c) Pielonefritis crónica

debido a									
Horas									
Días									
Meses									
Años									

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados desordenadamente 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 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

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, separárlas 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.

Mod. CMD-BED-G



Instruccions básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pola **causa imediata** 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 Defunção.

Causa básica de defunção: "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 transcurrido entre o comezo de cada afectación 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. Se houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado 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

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu a causa arriba indicada.

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

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

(c) Pielonefríte crónica

debido a									
Horas									
Días									
Meses									
Años									

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 desordenadamente de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas									
Días									
Meses									
Años									

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.

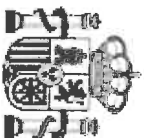
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separálas claramente por comas.

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.



02



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MANUEL SOBREDO ROSENDE , con documento identificativo DNI, 32387222W según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 28 DE NOVIEMBRE DE 2024 a las 23:59 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 29 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
29/11/2024 13:16

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comproba-ctoe-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:AFdg-tZMK-j&&K-EJym

