

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: DOMINGO NOVAIS POMBO
Fecha de fallecimiento 3 - NOVIEMBRE 2024
Domicilio CAMIÑO DA COVA DA PEREIRA N.º 4: MONTOUTO - TEO
Teléfonos: 686532045 ESTRELLA E-mail: donmingos@hotmail.com

CONCEPTOS <u>74445882- DOMINGO</u>		Servicio prestado
Arca modelo <u>0</u>	Medida	
Capilla ardiente <u>X MONTOUTO 1</u>	Sala Prep. Libro <u>NO</u>	
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado <u>X DOMICILIO - TANATORIO</u>		
LUNES 17:00	Prensa <u>NO</u>	<u>COMUNICADO A</u> <u>ELECTIUM MEMORIA</u>
	Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento	<u>NO</u>	
Turismo <u>TAXI APDO</u>	<u>X RECOGER 16:30 IGLESIA MILLADOIRO</u>	
Certificado médico <u>X SI</u>	Registro Civil: <u>TEO</u>	
Carroza <u>X SI (1)</u>	Personal <u>X SI</u>	
Ayunt.º: Sepultura	<u>—</u>	
Iglesia <u>X CAPILLA TANATORIO</u>		
Incineración <u>X SI</u>	Urna: <u>X BÁSICA</u>	
Presencian ☐ SI ☒ NO	Destino: <u>CUSTODIA FAMILIAR</u>	
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>X FREDERICK</u>	<u>60 (89354)</u>
Flores	<u>NO</u>	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

Nombre

id.

Naturalaleza

Día, mes y año de nacimiento

Profesión

DOMINGO NOVAIS POMBO

SANTIAGO Y MANUELA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

18 - NOVIEMBRE 1945

CASADO

D.N.I. N°

Provincia

Domicilio

33164629-D

A CORUÑA

CAMIÑO DA COVA DA PEREIRA N.º 4 - CACHEIRAS - TEO

Fecha:

Domicilio

Cementerio

12:00

CAMIÑO DA COVA DA PEREIRA N.º 4 - MONTOUTO -

INCINERACIÓN

horas del día

de

Ayunt.º

3

NOVIEMBRE

SANTIAGO

de 20

24

Cónyuge:

Nombre

ESTRELLA LADO FERNÁNDEZ

LIBRO DE FAMILIA

DECLARANTE D.

domiciliado en

Tomo

(

) D.N.I.

; Página

D/ña.

L

SEÑOR

falleció en

confortado con los Auxilios Espirituales

en el día de

a los

años

Su esposo/a

Hijos

SU

Familia

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos

y demás familia.-

Bisnietos

Conducción

Tios

Funerales

Sobrinos

Primos

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

CAPILLA TANATORIO

MONTOUTO SALA 1

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

VER NO

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



5590843 FRANCISCO JOSÉ GARCÍA

MEDICO
PONTVEDRA

Colegio de

105556833

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. FRANCISCO JOSÉ GARCÍA
D. / Dña. A. CALVO
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CAJAL, con el número 1507899
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en LA CAJAL, con el número 1507899
y con ejercicio profesional en LA CAJAL, con el número 1507899
e con ejercicio profesional en LA CAJAL, con el número 1507899

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: FRANCISCO JOSÉ GARCÍA
1º Apellido del fallecido/a: FRANCISCO
1er Apellido del fallecido/a: JOSÉ
2º Apellido del fallecido/a: GARCÍA

Fecha de nacimiento: 11/08/1945
Fecha de nacimiento: 11/08/1945
Día: 11 Mes: 08 Año: 1945
Sexo: X Varón X Mujer

Documento de identidad: D.N.I. Número: 33164629-D
Documento de identidad: D.N.I. Número: 33164629-D
Documento de identidad: D.N.I. Número: 33164629-D
Documento de identidad: D.N.I. Número: 33164629-D

Hora y fecha de la defunción: 12:00 Hora: 12 minutos: 00 Día: 03 Mes: 11 Año: 2024
Hora y fecha de la defunción: 12:00 Hora: 12 minutos: 00 Día: 03 Mes: 11 Año: 2024
Hora y fecha de la defunción: 12:00 Hora: 12 minutos: 00 Día: 03 Mes: 11 Año: 2024
Hora y fecha de la defunción: 12:00 Hora: 12 minutos: 00 Día: 03 Mes: 11 Año: 2024

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na página 2) Intervalo de tiempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) P4A04 C4A010NF5P1A2TONIA
(a) P4A04 C4A010NF5P1A2TONIA
(a) P4A04 C4A010NF5P1A2TONIA
(a) P4A04 C4A010NF5P1A2TONIA

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) M1P6A2T6N10N A2T6A1L
(b) M1P6A2T6N10N A2T6A1L
(b) M1P6A2T6N10N A2T6A1L
(b) M1P6A2T6N10N A2T6A1L

(c)
(c)
(c)
(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) A2T6A1L
(d) A2T6A1L
(d) A2T6A1L
(d) A2T6A1L

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ Si No/ Non

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 X Accidente laboral No/ Non X
Accidente de tráfico Si/ Si Accidente laboral Si/ Si

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

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 prótesis

En JANUARO, a 03 de NOVIEMBRE de 2024
En _____, 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 periodo 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 ☐ ☐ 15 ☐ 5 ☐ 5 ☐ 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 ☐ ☐ 3 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 2 ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ 2 ☐ ☐ 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

Horas ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ 5 ☐ ☐ 5
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, 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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 15 ☐ 5 ☐ 5 ☐ 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 ☐ ☐ 3 ☐ ☐ 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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ 2 ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ 2 ☐ ☐ 2
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 desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐ 10 ☐ ☐ 10
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: Diabetes

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, sepáraseas 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.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mod. CMD-BED-G



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de DOMINGO NOVAIS POMBO
, con documento identificativo DNI, 33164629D según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 03 DE NOVIEMBRE DE 2024
a las 12:00 horas, acaecida en TEO

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 04 DE NOVIEMBRE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
04/11/2024 09:53

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Re Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:dU9g-MHXY-9fP5-A8qT

