OTROS CONCEPTOS

F.V. (Mod.1) "Familia Bernardes Domínguez" PAGADO OK efectivo 13NOV 74'80

FALLECIDO: JOSÉ DOMÍNGUEZ (LUCO) NOUCHE S'F TOS TO: 74

Fecha de fallecimiento 13-NOVIEMBRE-2024

Domicilio URGENCIAS - H. CLINICO

Teléfonos: 650426305 - ALBERTO (SOBRINO) E-mail:

649235461 - MANOLO CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1,90	
Capilla ardiente MONTOUTO - 3 Sala Prep. SI Libro SI	
Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X HOSPITAL CLINICO - TANATORIO	
JUEVES 16:00 Prensa X CORREO GALLEGO Nº 2 - JUEVES	
Radio X RADIO MIERCOLES / X RADIO JUEVES.	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ X 100	
Ómnibus acompañamiento NO	
Turismo id. RECOGER 15:30 FREDERICK IGLESIA MILLADOIRO	
Certificado médico X SI Registro Civil: X SANTIAGO	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura	
Iglesia SAN SIMON DE ONS	
Incineración — Urna: X PATRONATO	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino X SACRISTAN	
Cantores X SI - SUSO LUCU Funeral: X FREDERICK	X 140 (90041)
Flores 1 CORONA 40 ROSAS ROJAS - TUS HERMANOS Y H. POLITICOS	
1 CORONA 40 R. B. - TUS SOBRINOS	
1 CENTRO E.C. 18 R. B. TU FAMILIA	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre JOSE DOMINGUEZ NOUCHE D.N.I. Nº 45871140-D

id. de los padres MARIANO Y JUANA

Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 26 - ABRIL - 1939

Profesión Estado DIVORCIADO Domicilio RIBEIRA Nº 39 - CACHEIRAS - TEO

Fallecimiento:

Fecha: 08:12 horas del día 13 de NOVIEMBRE de 2024

Domicilio H. Clínico

Cementerio SAN SIMÓN DE ONS Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. JOSÉ ALBERTO DOMINGUEZ PEREIRO (SOBRINO) D.N.I. 33287539-F

domiciliado en C/ ESTRADA Nº 3 - 1º A - SANTIAGO

EL SEÑOR

D/ña. JOSÉ DOMINGUEZ NOUCHE

falleció en CACHEIRAS - TEO en el día de 13/11/2024 a los 85 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~

Hijos VANINA DOMINGUEZ (+)

Hijos políticos NO

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos MANUEL (+), MARIA (+), FRANCISCO (+), ANDRES (+), NIEVES, PURA (+), OVIDIO, Y RAMIRO DOMINGUEZ NOUCHE

Hermanos políticos AURORA (+), EMILIA, MARIA (+), JOSÉ (+), JOSÉ y JOSEFINA

Nietos NO Bisnietos NO Tios NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción BISOBRINOS

Funerales

en la iglesia de SAN SIMÓN DE ONS.

CASA MORTUORIA: MONTOUTO.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 45871140D

APELLIDOS / APELIDOS
DOMINGUEZ
NOUCHE

NOMBRE / NOME
JOSE

SEXO / SEXO M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO 26 04 1939

EMISIÓN / EMISIÓN 03 01 2024
VALIDEZ / VALIDEZ 01 01 9999

NUM SOPORTE
CHA172898

652480

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. RIBEIRA-CACHEIRAS 39
TEO
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MARIANO / JUANA

IDESPCHA172898645871140D<<<<<<
3904268M9901018ESP<<<<<<<<<<<5
DOMINGUEZ<NOUCHE<<JOSE<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
DOMINGUEZ
PEREIRO

NOMBRE / NOME
JOSE ALBERTO

SEXO / SEXO M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
09 03 1973

NUM SOPORT BFM191660
VALIDEZ / VALIDEZ 15 11 2027

DNI 33287539F

963264

DOMICILIO / DOMICILIO
C. DA ESTRADA 3 P01 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
RAMIRO / JOSEFINA ALCIRA

IDESPBFM191660933287539F<<<<<<
7303098M2711151ESP<<<<<<<<<<<5
DOMINGUEZ<PEREIRO<<JOSE<ALBERT

DECLARANTE

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

JYIUIM501Q

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

Sello/*Carimbo*

105457004

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* YOLANDA VILLANUEVA GARCÍA

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *co número* 15151064 2

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

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 26 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1939

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 45871140-D
- [ ] 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* 08:12 — Día / *Día* 13 — Mes / *Mes* 11 — Año / *Ano* 2024

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

- 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**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

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

(a) FALLO MULTIORGÁNICO
PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) ACIDOSIS RESPIRATORIA

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c)

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(d) BRONCOASPIRACION

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 13 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 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 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 ↓ 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 JOSÉ DOMÍNGUEZ NOUCHE , con documento identificativo DNI, 45871140D según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 13 DE NOVIEMBRE DE 2024 a las 08:12 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 13 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
13/11/2024 13:26	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:GnVg-9yT5-ZdTv-VxQb