

OTROS CONCEPTOS

TPV Sim 1609
PAGADO
PAGADO
PAGADO
PAGADO

Enterrar aqui y esta libre
Propiedad de Maria del Carmen Saavedra Castro
y familia
Cementerio novo

FALLECIDO: Jose Saavedra Castro

Fecha de fallecimiento 26- Noviembre- 2024

Domicilio H. Anita 510

Teléfonos: 645 86 7177- Maria del Carmen (hermana)

CONCEPTOS

Arca modelo	Medida	Servicio prestado
C1	1,90	85643 - 59950
Capilla ardiente	Complejo Tard Sala Prep. Si Libro Si	628 + 53 + 2370
Gestión funeraria	Si	170
Carroza traslado	Hospital - Complejo	105
Prensa	No	
Radio	Holandes No	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No	1157
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	15:30 id. Peregrer en Iglesia de Marrozos	
Certificado médico	Si	3
Carroza	Personal	175 + 87 127.
Ayunt.º: Sepultura	Marrozos	125
Iglesia	Santa Maria de Marrozos	
Incineración	Urna: Pinelo	50
Presencia	SI NO Destino	
Cantores	Carlos Lema Dan Alvaro	85 (90870)
Flores	1 Corona R. Blancas "Tus hijos e hijos políticos" 140	
	1 Corona R. Rojas "Maria del Carmen y familia" 140	
	1 Centro 18 R. Blancas "Tu nieto" 80	
	1 Centro FV Mod 2 blanco "Tus tios Pepe y Elmundo" 80	

Sudario Cubrefúntos Acondicionamiento Rosario

2660

72101

FALLECIDO: Nombre José Saavedra Castro D.N.I. Nº 33228258-C
id. de los padres Rogelio y Aurora
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 19-Julio-1958
Profesión _____ Estado Divorciado Domicilio Rua de Brión, 5 - 1º
Santiago de Compostela

Fallecimiento: Fecha: 16:30 horas del día 26 de Noviembre de 2024
Domicilio Hospital Clínico
Cementerio Parroquial de Marrazos Ayunt.º Santiago de Compostela
Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

EL SEÑOR
D/ña. José Saavedra Castro
(Necino de Santiago)
falleció en _____ en el día de 26/11/2024 a los 66 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos Ines y Alvaro Saavedra Lopez
Hijos políticos Si

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos Aurelio(+), Socorro, María, Lourdes, Benigno(+), Paco, Carlos, y Manuela Saavedra Cas
Hermanos políticos Si

Nietos Si Bisnietos No Tíos Si Sobrinos Si Primos Si

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

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105517328

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. PATRICIA PAUCOS ORDÓÑEZ
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SAUTAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en SAUTAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual/
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15365844

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: SAVEDRA
1er Apelido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: CASTRO
2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 07 Año 1958
Data de nacemento: Día Mes Ano
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33228238-C
Documento de identidad: ☐ D.N.I. Número:
☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 16:30 Día 26 Mes 11 Año 2024
Hora e data da defunción: Hora : minutos Día Mes Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: SAUTAGO DE COMPOSTELA
En que concello ocorreu a defunción?:

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Outro 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) FALTO DE VITALIDAD ORGANICA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HEPATITIS ALCOHOLICA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c) PERITONITIS
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día 26 Mes 11 Año 2024
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿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 Santiago, a 20 de OCTUBRE de 2024

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 10 Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 cubrimento das causas de defunção se comece pela **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 Defunção.

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 transcurrido entre o comezo de cada afección 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 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 informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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) Hemorragia 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, anotarase 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 lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático 10 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: Diabetes 10 Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ SAAVEDRA CASTRO
, con documento identificativo DNI, 33228258C según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 26 DE NOVIEMBRE DE 2024
a las 16:30 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 27 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
27/11/2024 12:01

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:6KZd-k68y-Cm36-&S4A

