OTROS CONCEPTOS

web

SF 62
ST: 13

FALLECIDO: JOSÉ RAMÓN VIGO FERNÁNDEZ

Fecha de fallecimiento 24 DE ENERO DE 2025

Domicilio H. CONXO

Teléfonos: 657892089 - MANUEL (HIJO)

CONCEPTOS	Servicio pres
Arca modelo ..... Medida	
Capilla ardiente T. BERTAMIRANS, 3 ..... Libro firmas	
Gestión Funeraria Si	
Carroza Traslado X H. CONXO - T. BERTAMIRANS	
SÁBADO Prensa X Correo Ui Tres	
Esquelas:	
11:45 Radio	
Recordatorios fúnebres / tarjetas X Tarjetas	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo ..... id.	
Certificado médico X Si	
Registro Civil X SANTIAGO ..... Carroza	
Ayunt.º: Sepultura ..... X Pinelo	
Iglesia SANTO TOMÁS DE AMES	
Incineración ..... Funerales	
Urna cenizas	
Cantores Fernando ..... Sres. curas 1+2 ..... X 170	
Flores X 1 Cruce RR: Tu esposa 1 Cruce RB: Tus hijos 1 Cruce RB: Tu hijo político	

X CUBRE DIF.

FALLECIDO:

Nombre ..... D.N.I. Nº .....

id. de los padres .....

Naturaleza ..... Provincia .....

Día, mes y año de nacimiento .....

Profesión ..... Estado CASADO ..... Domicilio QUINTANS, 17 - SANTO TOMÁS DE AMES

Fallecimiento:

Fecha: ..... horas del día ..... de ..... de 20.....

Domicilio .....

Cementerio ..... Ayunt.º .....

Cónyuge: ..... Nombre .....

LIBRO DE FAMILIA ..... Tomo .....; Página .....

DECLARANTE D. ..... ( ) D.N.I.. .....

domiciliado en .....

L SEÑOR

D/ña. JOSÉ RAMÓN VIGO FERNÁNDEZ (VECINO DE QUINTANS-AMES)

falleció en ..... en el día de 24/1/25 a los 77 años

confortado con los Auxilios Espirituales .....

Su esposo/a CATALINA CORZO GUTIÉRREZ

Hijos MANUEL RICARDO Y JUANA MARI

Hijos políticos MANOLO MAGARIÑO CRISTOVO

Padres .....

Abuelos .....

Padres políticos .....

Hermanos .....

Hermanos políticos SI

Nietos ..... Bisnietos ..... Tios ..... 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
VIGO
FERNANDEZ
NOMBRE / NOME
JOSE RAMON
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
23 07 1947
NUM SOPORT
DEF113980
VALIDEZ / VALIDEZ
07 06 2027

DNI 33191549L

114240

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. QUINTANS 17
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
AMES
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
FRANCISCO / CARMEN

IDESPBEF113980433191549L<<<<<<
4707237M2706074ESP<<<<<<<<<<<8
VIGO<FERNANDEZ<<JOSE<RAMON<<<<

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
CORZO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
GUTIERREZ
NOMBRE / NOME
CATALINA
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
12 06 1949
IDESP
ASR173007
VALIDEZ / VALIDEZ
11 06 2025

CGC

DNI NÚM.
15768306N

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
MONTIJO
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
BADAJOZ
HIJO/A DE / FILLO/A DE
GALO / JUANA
DOMICILIO / DOMICILIO
URBN. BALADO 8 PBJ A
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
OS ANXELES
BRION
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPASR173007915768306N<<<<<<
4906122F2506115ESP<<<<<<<<<<<1
CORZO<GUTIERREZ<<CATALINA<<<<<

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* A Coruña

Sello/*Carimbo*

105476373

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Denisse Monserrate Tello Montufar
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en *, co número*
y con ejercicio profesional en Santiago
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 1 5 1 5 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 1 4 1 0 6
1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 23 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 1947

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33191549-L
- [ ] 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* 16:30 — Día / *Día* 24 — Mes / *Mes* 01 — Año / *Ano* 2025

¿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* [ ]

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instruccions na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

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

(a) PARO CARDIORESPIRATORIO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) INSUFICIENCIA 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) NEUMONIA POR 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

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

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* [X] No/*Non* [ ] Vale. Corrección

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* Escherichia Coli Productor de Beta Lactamasa de espectro ampliado

Grupo/*Grupo* I [ ] II [ ] III [X]

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* [X] 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 / *En* Santiago, a / *a* 24 de / *de* Enero de / *de* 2025

Firma del médico / *Sinatura do medico*

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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don JOSÉ RAMÓN VILO FERNÁNDEZ
a defunción de don/a
ocurrida a las 16:30
ocorrida ás
horas del día VEINTICUATRO
horas do día
de ENERO **de** 2025
de **de**
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:
do fallecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las ~~veinticuatro~~ doce **horas siguientes a la del fallecimiento.**
vintecatro horas do fallecemento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 25 **de** ENERO
O **de**
de 2025
de

(El Juez) (O xuíz) LAJ