

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: 851 25.474 20.305 C.212
Jose' Fuentet Mendez
Fecha de fallecimiento 24- Junio - 2025
Domicilio H. Courso - h. 308

Teléfonos: 649853824 - Servicio E-mail: rocha280379@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	<u>Cen</u>	Medida <u>1'90</u>
Capilla ardiente	<u>S. Tardel</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u> <u>640 54 282</u>
Gestión funeraria	<u>Si</u>	☐ Tramitación UUW <u>173</u>
Carroza traslado	<u>Hospital - Complejo</u>	<u>107</u>
Prensa	<u>Hierro</u>	
Radio	<u>19:00</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	<u>—</u>	
Ómnibus acompañamiento	<u>—</u>	
Turismo	<u>Nosotros</u> <u>Id. 18:30 en casa</u>	<u>46</u>
Certificado médico	<u>Si</u> <u>Stgo</u>	<u>3</u> <u>12950</u>
Carroza	<u>Personal</u>	
Ayunt.º: Sepultura	<u>Capilla Complejo</u>	<u>151</u>
Iglesia	<u>Si</u>	<u>351 9010</u>
Incineración	<u>Si</u>	<u>Basica</u>
Presencian	☐ SI ☐ NO	<u>Destino</u> <u>Custodie Familiar</u>
Cantores	<u>—</u>	<u>Funeral</u> <u>Juan V.</u> <u>60 (15629)</u>
Flores	<u>X</u>	<u>NO FLORES</u>
Sudario	☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	<u>3470 1350</u>

FALLECIDO: Nombre Jose Fuentes Mender D.N.I. Nº 76465785-P
id. de los padres Ignacio y Carmen
Naturaleza Padro Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 18/08/1944
Profesión Carlo, @ Stgo Estado Divorciado Domicilio Res. Volta do

Fallecimiento: Fecha: 17:09 horas del día 24 de Junio de 2025
Domicilio H. Coura - Stgo
Cementerio Crematorio Apostol Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. Ignacio Joaquin Fuentes Porto (hijo) D.N.I. 33285023-K
domiciliado en 24/Agro de Magdalena (Hilladria)
SEÑOR

D/ña. Jose Fuentes Mender

falleció en en el día de a los 80 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Ignacio, Maria Lourdes y Guadalupe Fuentes Porto

Hijos políticos Isabel Ramos, Miguel Souto y Marcos Gregorio Leis

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Matilde Fuentes Mender

Hermanos políticos Francisco ~~de~~ Fuentes, Noa ^{Fuentes} y Lucia Conde

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

BFC100874



APELLIDOS / APELLIDOS
FUENTES
MENDEZ

NOMBRE / NOME
JOSE

SEXO / SEXO M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
18 08 1944

NUM SOPORT BFC100874 VALIDEZ / VALIDEZ 01 01 9999



DNI 76465785P

402688

DOMICILIO / DOMICILIO

RUA. XEIXO 7 P01 T
MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
36369L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
PADRON
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
IGNACIO / CARMEN

IDESPBFC100874276465785P<<<<<<<<
4408187M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<9
FUENTES<MENDEZ<<JOSE<<<<<<<<<<<<<

REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33285023K com169239

APELLIDOS / APELLIDOS
FUENTES
PORTO

NOMBRE / NOME
IGNACIO JOAQUIN

SEXO / SEXO M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP NACIMIENTO / NACEMENTO 28 03 1970

EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
21 10 2022 21 10 2032

NUM SOPORTE
CDM169239



NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

018240

DOMICILIO / DOMICILIO

RUA. AGRO DA MAGDALENA 3 P01 D
MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
36801P6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
PADRON
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / MARIA LOURDES

IDESPCDM169239133285023K<<<<<<<<
7003284M3210215ESP<<<<<<<<<<<<<4
FUENTES<PORTO<<IGNACIO<JOAQUIN

Colegio de A CORUÑA Colegio de

105737649

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FIDALGO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el númeroy con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELAColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514286

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 18

Mes 08

Año 1944

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 24

Día 24

Mes 06

Mes 06

Año 2025

Año 2025

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

Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro 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) PRACASO MULTIORGÁNICOHoras Días Meses Años Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) NEUMONÍAHoras Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) Horas Días Meses Años Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) ADENOCARCINOMA GÁSTRICOHoras Días Meses Años ESTADIO IVII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas 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 Mes Año 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 24 de Junio de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

D. R. P. A.

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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 ☐ ☐

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.

Instruções 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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, 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



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ FUENTES MÉNDEZ , con documento identificativo DNI, 76465785P según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 24 DE JUNIO DE 2025 a las 17:09 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 25 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
25/06/2025 10:22

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:fpzk-D4qa-4S3y-cNak

