

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

Centro 18 Bjo. **PAGADO** familia 1809

FALLECIDO: **GUSTAVO ADOLFO MARTIN LORENZO**

Fecha de fallecimiento **8- Diciembre - 2025**

Domicilio **Rúa Traversa 10, P.F. Diligato Aren.**

Teléfonos: **599433464** (hermano) E-mail: **maximalarea93@gmail.com**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo X caja (abierto)	Medida 1'90	780
Capilla ardiente X Correio Jovem	Sala Prep Si Libro NO	640/34
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado X Domicilio - Correo		107
Prensa NO		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo NO Id. Recoger casa Diligato 12:00		16
Certificado médico X Si (Pac)	Registro Civil: Aren	3
Carroza Personal		129'50
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia CAPILLA CORREIO	CUSTODIA (FAMILIA)	151
Incineración Si	Urna: BASICA	351/90'70
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores NO	Funeral: X ACAPAS	X 60(117626)
Flóres X Corona 40 R.B. "Tu familia"		143
Sudario ☐ Cubrefúntos X Acondicionamiento ☐ Rosario		10'00 - 3'50

FALLECIDO: Nombre GUSTAVO ADOLFO MARTÍN LORENZO D.N.I. Nº 33.298.618-T
id. de los padres JESÚS / MARÍA DE LA FE
Naturaleza Negreira Provincia A CORUNA
Día, mes y año de nacimiento 2 DE MAYO DE 1974
Profesión _____ Estado SOLTERO Domicilio Rúa Travesa, N.º 10, 1.º
Pilladoiro. Ares.

Fallecimiento: Fecha: 19:45 horas del día 8 de Diciembre de 2025
Domicilio Rúa Travesa N.º 10, 1.º E. Pilladoiro. Ares.
Cementerio CREMATÓRIO ARISTOC SANDIAGO Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. _____

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

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

*Esquema General
"Su familia" para
mercado de firmas!"*
WEB.

IDENTIFICACION
 AVDA. VILLAGARCIA 4 P05 D
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUÑA
 LUGAR DE NACIMIENTO/LUGAR DE NACIMIENTO
 NEGREIRA
 A CORUÑA
 MUJER / FOLIO DE
 JESUS / MARIA DE LA FE
 IDESPBOA119947033298618
 7405028M2810191ESP<<<<<
 MARTIN<LORENZO<<GUSTAVO

FALLECIDO

DOMICILIO / DOMICILI
AVDA. VILAGARCIA 4 P05 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15/7/1961

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
XOVE
LUGO

FILLO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / MARIA DE LA FE

JDESPCAR110456033991970V<<<<<<
8709291M3109214ESP<<<<<<<<<<4
MARTIN<LORENZO<<JESUS<RAMON<<

SOLICITANTE (HERMANO)



Colegio de



Colegio de

106040125

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Borys Ricardo Cedeño Vélez, licenciado

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

, con el número

, co número

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

151514669

1ª colegiación
1ª colexiación

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:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Müller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

☐

Pasaporte

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

06

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SEPSIS

03

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCION DE PARTES BLANDAS

30

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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 de Compostela, a 08 de diciembre de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

Borja Cegón

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 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 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 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 ☐ ☐ 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. Anótase 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 causalidad.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En Santiago de Compostela a 09 de DICIEMBRE de 2025.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a GUSTAVO ADOLFO MARTÍN LORENZO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33298618T según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 08 de DICIEMBRE de 2025 a las 19:45 horas, acaecida en AMES .

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incineración el cadáver de la persona reseñada, una vez **transcurran** doce horas desde la del fallecimiento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
09/12/2025 13:48

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:Um2b-h7dV-pw9j-kST\$

