

OTROS CONCEPTOS

entre 24 meses bl: PACADO (sup: 187) • TPV
entre 30 meses a familia: PACADO (sup: 187) • TPV
entre 30 meses a familia: PACADO (sup: 187) • TPV
entre 30 meses a familia: PACADO (sup: 187) • TPV
entre 30 meses a familia: PACADO (sup: 187) • TPV

entre 187 BL: CARMEN PEREIRO E FAMILIA •
55 0403 6A - Carmen.

entre 187 BL: TUS PACADO Y CARMEN • TPV

entre 241 BL: FAMILIA NEIRA •
26 07 8302 US Jose.

FALLECIDO: MANUEL RAMIRO MONTERO BOTANA

Fecha de fallecimiento 23 DE ENERO DE 2024

Domicilio H. CLINICO / COTO DOS OLTOS, 76 - SAN MARCOS
690-749632 ENRIQUE

Teléfonos: 646203107 MERCHI E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>Padora (CERRADA)</u>	Medida <u>Col. Padora</u>	<u>1275</u>
Capilla ardiente <u>QUINTANA</u>	Sala Prep. <u>SI</u> Libro <u>SI</u>	
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>HOSPITAL AL COMPLEJO</u>		
<u>JUEVES</u>	<u>Xorreo 2</u>	
Prensa		
<u>16:30</u>	<u>1 Miércoles</u>	
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>		
Turismo id.		
Certificado médico <u>SI</u>	Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	
Carroza <u>SI</u>	Personal <u>SI</u>	
Ayunt.º: Sepultura <u>BANDO</u>	<u>Victor (libre)</u>	
Iglesia <u>SANTA EULALIA DE BANDO</u>		
Incrustación	tema: <u>XACRISTANA</u>	
Presencia <u>SI</u>	<u>NO</u> Destino <u>CAMPANERA</u>	
Cantores <u>SI</u>	<u>Felisa</u> Funera <u>D. ALFONSO</u>	
Flores <u>Carra 40 RB: Tu hija</u>		
<u>Carra 40 RB: Tu esposa</u>		
<u>2 Tarjeta Pking</u>		
☒ Sudario	☒ Cubredifuntos	☐ Acondicionamiento
		☐ Rosario
		<u>X AMORTAJAR</u>

ST-51
ST-50

FALLECIDO: Nombre MANUEL RAMIRO MONTERO BOTANA D.N.I. Nº 33281601 A
id. de los padres JESÚS Y MARÍA CONCEPCIÓN
Naturaleza ARZÚA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 18 DE OCTUBRE DE 1967
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RÚA COTO DOS OLMOS, 76 - SAN MARCOS - SANTIAGO (A CORUÑA)
Fecha: 23:50 horas del día 23 de ENERO de 2024
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio SANTA EULALIA DE BANDO Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre MERCEDES OTERO IGLESIAS

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. MERCEDES OTERO IGLESIAS (ESPOSA) D.N.I. 33287627-A
domiciliado en RÚA COTO DOS OLMOS, 76 - SAN MARCOS - SANTIAGO (A CORUÑA)

L SEÑOR

D/ña. MANUEL RAMIRO MONTERO BOTANA
(VECINO DE RÚA COTO DOS OLMOS - SAN MARCOS - SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de 23/1/2024 a los 56 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a MERCEDES OTERO IGLESIAS

Hijos : R. Lucía Montero Otero

Hijos políticos —

Padres María Concepción Botana Agra (vda. de Jesús Montero Cardama)

Abuelos _____

Padres políticos Antonio Otero Dopazo (vdo. de Pilar Iglesias Suárez)

Hermanos : Enrique Montero Botana

Hermanos políticos : Manluz Otero Iglesias

sobrinos : Francisco, Tania, María y Miguel

Nietos — Bisnietos — Tíos — Sobrinos — Primos si

y demás familia.- Conducción JUEVES

Funerales _____

en la iglesia de SANTA EULALIA DE BANDO - SANTIAGO

CASA MORTUORIA: SALA QUINTANA

(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 MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

KKPOXSYN8N

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

A CORUÑA

Colegio de

104547858

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. EUSA GARCÍA REY
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO

y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional encon el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15135322

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

MANUEL NATIRO

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

PONTERO

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

BOTANA

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 18

Mes 10

Año 1967

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento

☒

D.N.I.

Número:

33281661-A

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Documento

☐

Pasaporte

Número:

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

23 : 50

Día 23

Mes 01

Año 2024

Hora e data da defunción

Hora : minutos

23 : 50

Día 23

Mes 01

Año 2024

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

SANTIAGO

Domicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de traballo

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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas: 00 Días: 00 Meses: 00 Años: 00

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas: 00 Días: 00 Meses: 00 Años: 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas: 00 Días: 00 Meses: 00 Años: 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEURONIA BRONCOASPIRATIVA

Horas: 00 Días: 00 Meses: 00 Años: 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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

Data do mesmo: Día

Mes

Año

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 23 de ENERO 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 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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 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 anotar **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

- 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 defuncção 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 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 Días Meses Años

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 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 desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 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.




ES

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD







DNI

33281601A







APELLIDOS / APELLIDOS

MONTERO







NOMBRE / NOME

MANUEL RAMIRO







SEXO / SEXO

M







NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP







NACIMIENTO / NACIMENTO

18 10 1967







EMISION / EMISSÃO

11 07 2022






VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

VALIDEZ / VALIDADEZ

04 12 2028

FALLECIDO

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 PROVINCIA-PAIS
 A CORUÑA
 NOMBRE DEL FAMILIAR DE
 DOMINGO ANTONIO / PILAR
 DOMINGO ANTONIO / DOMINGO AN
 LUGAR, COTO DOS OLIVOS 76
 LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 PROVINCIA-PAIS : PROVINCIA-PAIS
 A CORUÑA
 EQUIPO-EQUIPO
 15771L6D1
 IDESPAQA167301233287627A<<<<<<
 7103092F2403270ESP<<<<<<<<<<<<6
 OTERO<IGLESIAS<<MERCEDES<<<<<<



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1706108692968**

Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **24/01/2024 16:04**

Código personal del registro individual del inscrito: **3LOXYI5FX00033281601A**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **MANUEL RAMIRO** (7-6) Primer apellido: **MONTERO** (7-6) Segundo apellido: **BOTANA**, (8-6-1) Hijo/a de **JESÚS** (8-6-2) y de **MARÍA CONCEPCIÓN**, (3-4-1) Sexo: **HOMBRE** (4-1) Estado: **CASADO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **33281601A**.

(2-4-2) Nacido/a en: **ARZÚA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **18/10/1967**

(2-1-2) Domicilio último: **RÚA COTO DOS OLMOS 76 - SAN MARCOS** - (2-1-3-2) Lugar: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **33200436M** según consta en el expediente nº **20240124/015454** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **23:50** (9-9) Día: **23/01/2024** (2-6) Lugar: **HOSPITAL CLÍNICO** Población: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

El enterramiento será en: **SANTA EULALIA DE BANDO** (2-1-3-2) Población: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DE FIRMANTE:

Nombre y Apellidos: **Eva Bernardez Pereiras**

En calidad de: **ENCARGADO**

Fecha de firma: **24/01/2024 16:04**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.





MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil
registro civil - inscripción pública - catastro civil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de *Manuel Ramiro Montero Botana* con
documento identificativo DNI, *3328-1601A* según la certificación facultativa presentada,
que constata la fecha de la muerte *23 de enero 2024* a las *23:50* horas,
acaecida en *Santiago*

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 *enero* 2024.



