

OTROS CONCEPTOS

~~celi~~ CENTRO (Var. 1): FAMILIA BARRAL ABELLEIRA ~~ERE~~ •

~~celi~~ CENTRO (18 ROSAS R.): CEIP BARCUTA ~~ERE~~ •

~~celi~~ CENTRO (Var. 1): EU TIA CHITA E NISAS •
600 43 3058

~~celi~~ CENTRO (Var. 1): CON CARINHO DESCENDENTES DE •
ALBINO MARTINEZ LO PATRQUEIRO ~~S203~~ web

~~celi~~ CENTRO (Var. 2): CELES E SILVIA •
665 20 2983

~~celi~~ CORONA (HOR BD): LOS HERNALES • HERNALES PAULITOS • TPV

~~celi~~ CENTRO (Var. 1): LOS CONDEGROS TPV •

~~celi~~ CENTRO (Var. 1): AMIGOS DEL PARANÁ TPV •

~~celi~~ CENTRO (Var. 1): FAMILIA BOATO GARCIA TPV •

~~celi~~ CENTRO (Var. 1): FAMILIA MARTINEZ TEIRA •
(pedido por sacristan de oratorio).

FALLECIDO: Jose Roman Henrique Morguera ~~ST: 17~~ ~~ST: 17~~

Fecha de fallecimiento 3-2-2025

Domicilio H. de Neco - Cirapedia 1º 21- B. ga

Teléfonos: 690319960 - 690524094 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Medida	
Capilla ardiente BERTA - TRES	Sala Prep.	Libro
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado HOSPITAL - TANATORIO APOSTOL		
Prensa X Coneo - 3		
Radio X Hoy X Mañana		
Recordatorios fúnebres / tarjetas X LOC		
Ómnibus acompañamiento X CC		
Turismo id. Cura espera en iglesia		
Certificado médico X SI	Registro Civil	X Simbólico
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura Amas	X PINEL (200€)	
Iglesia San Pedro de B. galledo		
Incineración	Urnas:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	Campesina
Cantores X FEUSA	Funeral:	X No loc. 90/9
Flores X Mac - B. gosa		
X Mac - H. g. e H. políticos		
X Mac - violetas - Rosas Amarilla		
X Mac - Maco política		
☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO:

Nombre Jose Ramon Meixiao Moraes D.N.I. Nº 22240021-K
 id. de los padres HECENDES Y GUILHERMO
 Naturalza TOMO Provincia CAUCA
 Día, mes y año de nacimiento 24-5-1959
 Profesión Brigallide Estado CAUCA Domicilio Guapeditina 22
 Fecha: _____ horas del día 3 de febrero de 2025
 Fallecimiento: Domicilio H. Clinice
 Cementerio San Pedro de Bragallide Ayunt.º Pinnes

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Jose Ramon Meixiao Moraes ^{F.L} SEÑOR

talceió en Guapeditina anton en el día de 3-2-2025 a los 65 años
 confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa Bundes Moraes Martine
 Hijos Bundes y Adrian Meixiao Moraes

Hijos políticos Eloy Romario Duimunda, Jauca Brenlla Pereira
viera: natan, aiaia

Padres _____

Abuelos Flavinda Martine Aiel Guida Jose Moraes Balby
 Padres políticos Burce, Guillermo y Santo Meixiao Moraes

Hermanos políticos Pi

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos Pi Primos Pi
 y demás familia - Conducción

Funerales Antes 19:45
 en la iglesia de San Pedro de Bragallide
 CASA MORTUORIA: Parrotal 3
 (SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

AC

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

* Vale coneccebu



Colegio de



105693538

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. MARCOS LEBREIRO ALVAREZ
D. / Dña. en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número 11511517752
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SAUTIAIGO DE COMPOSTELA, con el número 11511517752
y con ejercicio profesional en SAUTIAIGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSE RAMON
1º Apellido del fallecido/a: MEJIA
1er Apellido do falecido/a: NO
2º Apellido del fallecido/a: MOSQUERA
2º Apellido do falecido/a: NO

Fecha de nacimiento 1959 Día 05 Mes 05 Año 1959 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33240021-F
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 10:39 Día 03 Mes 02 Año 2025
Hora e data da defunción Hora : minutos 10:39 Día 03 Mes 02 Año 2025

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

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na páxina 2) Intervalo de tiempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA Debido a/Debido a

(b) Causas intermedias³ / Causas intermedias³ Debido a/Debido a

(c) Debido a/Debido a

(d) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/ Si ☐ No/Non ☒ Si/ 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 ☒ Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Accidente de tráfico Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐ Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/ SI ☐ No/ Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa _____

Grupo/ Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

SI/ SI ☒ No/ Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

☐ Existencia de prótesis/ Existência de prótesis

En Santiago, a 3 de febrero de 2025

Firma del médico
Assinatura 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 afectación 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 4 5 00 00 00
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

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

(c) Pielonefritis crónica

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 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

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, separarlas 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.

Instrucciones 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 transcurrido entre o comezo de cada afectación 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 00 4 5 00 00 00
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

3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu 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

(c) Pielonefrite crónica

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotárase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Otras recomendaciones

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/o siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáralas 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


registrocivil
Registro Civil - Registro de la Población - Registro de la

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ RAMÓN MEIRIÑO MOSQUERA
, con documento identificativo DNI, 33240021F según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 03 DE FEBRERO DE 2025
a las 10:39 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 04 DE FEBRERO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
04/02/2025 11:44

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
[https://sede.mjusticia.gob.es/es/comproba-
cion-autenticidad](https://sede.mjusticia.gob.es/es/comproba-
cion-autenticidad)

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:e4jC-9P8N-E855-ZAZS

