

OTROS CONCEPTOS

~~Monte 1823~~ **PAGADO** ~~Redinglet Scene TP~~

Centro TV (Mod) **BRAGADO** SOTAS C FZAVIA Centro

more 24 cases refer family 2 Drugs Driller Of green

275

584 2090 0345 1130 0002 9265

FALLECIDO: José Ramón LATA ANDRADE

Fecha de fallecimiento 29 de Abril de 2026

Domicilio Hosp. Clínico Santiago - Uca

Teléfonos: 699634635 (Sobrina) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1'90	78590
Capilla ardiente CALO-2 Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado Hospital Campesino - Tauratario Calo	
Prensa Si, CORREO 3	375
Radio Si (Nueva + Viernes)	11'36 M'20
Recordatorios funebres / tarjetas Si (300)	
Ómnibus acompañamiento —	
Turismo id. Cava Jlenia Milladorio	
Certificado médico Si Registro Civil: SISSO	24'80
Carroza Personal	1007
Ayunt.º: Sepultura CALO - Rojo	
Iglesia SAN JUAN DE CALO	
Incineración — Urna Patenato Sr. Abel	60
Presencia ☐ SI ☒ NO Destino Sacristía	X 140 (128968)
Cantores No Funeral FREDERIC	146
Flores COLOMIA 40 R/B: TU ESPOSA E HIJOS COLOMIA 40 R/B: TU HERMANA E SOBRINOS	146

(galletas)

☒ Sudario ☐ Cubrefunfos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre JOSE RAMON LATA ANDRADE D.N.I. Nº 33208276W
id. de los padres ERNESTO / CARMEN
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 18 - 2 - 1953
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio LGAR IGREJA - 18

Fallecimiento: Fecha: 20.10 horas del día 29 de ABRIL de 2026
Domicilio HOSP. CLINICO SANTIAGO DE COMPOSTELA
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

L SEÑOR
D/ña. JOSE RAMON LATA ANDRADE, vecino de Calo, TEO

falleció en SANTIAGO DE COMPOSTELA en el día de 29 de abril a los 73 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a ENCARNA POTEI TORRES
Hijos BRAIS E ROÍ LATA POTEI

Hijos políticos CARMEN TOMÁS E CARMEN RODRIGUEZ

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos DOLORES LATA ANDRADE

Hermanos políticos RAMON MATEO (+)

Nietos Si Bisnietos ~~_____~~ Tíos ~~_____~~ Sobrinos Si Primos y demás familia

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



APELLIDO / APELIDOS
LATA
ANDRADE

NOBRE / NOME
JOSE RAMON

SEXO / SEXO **NACIONALIDADE / NACIONALIDADE**
M **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
18 02 1953

NUM. DOCUMENTO **VALIDEZ / VALIDADE**
BNC166367 **06 07 2030**

33208276W **744320**

DES P BMC 166367233208276W<<<<<
5302189M3007066ESP<<<<<<<<<7
DATA<ANDRADE<<JOSE<RAMON<<<<<

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELLIDOS
POTEL
TORRES

NOMBRE / NOME
ENCARNACION

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
02 11 1955

DANE ASOPOT **VALIDEZ / VALIDADE**
86J103710 **21 02 2028**



33224989V **125824**

IDESPBGJ105710833224989V<<<<<<
5511020F2802219ESP<<<<<<<<<<3
POTEL<TORRES<<ENCARNACION<<<<<


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105593530

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
 y con ejercicio profesional en
 e con exercicio profesional en

A CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

151514073

1ª colegiación
1ª colexiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE RAMÓN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

LATA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

ANDRADE

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 18

Mes 02

Año 1953

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33208276-W

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

2010

Día 29

Día 29

Mes 04

Mes 04

Año 2026

Año 2026

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucción na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²
 (a) PARADA CARDIOCIRCULATORIA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años
Causas intermedias³ / Causas intermedias³
 (b) SHOCK HIPOTENSIVO
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

 (c)
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
 (d) HEMORRAGIA AGUDA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años
II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
 ROTURA RAMA RYPASS AORTOBIFEMO
 PAC
 Horas Días Meses Años
 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
Accidente de tráficoNo/ Non ☒Accidente laboral
Accidente laboralNo/ Non ☒Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día ☐Mes ☐Año ☐Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade 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 próteses

En SANTIAGO, a 25 de ABRIL de 2026

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
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 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 ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 defunção se comece pela causa **Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 defunção: "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 dizer, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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.



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 **30** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSÉ RAMÓN LATA ANDRADE** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33208276W** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29 DE ABRIL DE 2026** a las **20:10** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

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



