

~~Handwritten notes:~~

WED

FALLECIDO: Damon Luciano Mota

Fecha de fallecimiento 9-7-2008

Domicilio 45 Condo - PS 700000 N° 8

Teléfonos: 67639737

E-mail:

FALLECIDO: Don
Fecha de fallecimiento
Domicilio 4 con
Teléfonos: 6703

FALLECID

Fecha de f

Domicilio

Teléfonos

FALLECIDO: Damon Lawrence
Fecha de fallecimiento: 9-7-2008
Domicilio: 4500 - AS 7000
Teléfonos: 61839737
E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Redonda C-1 Medida 1'90	
Capilla ardiente	BERTANIANIS, 2 Sala Prep. SI Libro SI	
Gestión funeraria	SI ☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	
Prensa	VIERNES 16 de mayo 1993	
Radio	16 de mayo 1993	
Recordatorios-fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo	— id. CURA SALE AL TANATORIO	
Certificado médico	SI Registro Civil: Sanitation	
Carroza	1 + 1 Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Ingeniería Complex	
Iglesia	Capilla Santa Maria	
Incineración	9 18:30 Urna: MEJORADA SARGADELOS	
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino: CAMPANERO 55	
Cantores	ANA Funeral: DORVILLE 1+2	
Floral	VIÑAS: 6 Spore	
	KAC: 1168	
	Kaulis R.R. Planes C. cap. urb.	

FALLECIDO: Nombre Ramon Requero Mato D.N.I. Nº 331947425
id. de los padres Luis y MARIA CONSUELO
Naturaleza BRION Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 5 - ABRIL - 1947
Profesión Brion Estado Casado Domicilio ASTORRES Nº 8.

Fallecimiento: Fecha: 12²⁰ horas del día 9 de Julio de 2021
Domicilio H. Conxo
Cementerio Trinidade complex - Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. MARIA JESÚS FARINA PÉREZ (ESPOSA) D.N.I. 43056939 L
domiciliado en EL RISO

D/ña. Ramon Requero Mato E L SEÑOR
CTITO DE FERRO de Pinares)
falleció en ASTORRES - Brion en el día de 9-7-2021 a los 79 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Maria Josefa Requero Perez
Hijos Manuel Antonio Requero Farina

Hijos políticos vioto: Manuel Requero Coma

Padres

Abuelos Demas Familia

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia:- Conducción

Funerales

en la iglesia de Capilla Santa elinica

CASA MORTUORIA: aporta. 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

IDESP BGN101272333194742S<<<<<
4704052M9901018ESP<<<<<<<<<9
REGUEIRO<MATO<<RAMON<<<<<<<<<

IDESP BGN101271243056939L<<<<<
5203194F2803227ESP<<<<<<<<<0
FARINA<PEREZ<<MARIA<JESUS<<<<<

DECLARANTE (ESPOSA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105938098

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Alba Catalina Valcárcel Rodríguez
 D. / Dña. A Coruña
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número 151509803
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago, con el número
 y con ejercicio profesional en
 y con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: RAMON
 Nome do falecido/a: RAMON
 1º Apellido del fallecido/a: REGUEIRO
 1er Apellido do falecido/a: REGUEIRO
 2º Apellido del fallecido/a: MATO
 2º Apellido do falecido/a: MATO

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 04 Año 1947 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
 Data de nacemento: Día 05 Mes 04 Ano 1947 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33194742-S
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
 Documento de identidad: ☐ 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 12:20 Día 09 Mes 07 Año 2026
 Hora e data da defunción: Hora : minutos 12:20 Día 09 Mes 07 Ano 2026

¿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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

i. Causa inmediata² / Causa inmediata²
 (a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
 Debido a/Debido a

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

(c) INFECCION URINARIA
 Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
 (d) ICTUS ISQUEMICO
 Debido a/Debido a

ii. Causa procesual⁵ / Causa procesual⁵

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/Sí ☐ 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 Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
 Data do mesmo: Día Mes Ano

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 Antioqueño, a 9 de Julio de 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(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

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 5
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10
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 pela causa imediata 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 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 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. Se 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) Hemorragia 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
debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 10
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: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.



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 **10 de JULIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **RAMÓN REGUEIRO MATO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33194742S** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **09 DE JULIO DE 2026** a las **12:20** 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.



