

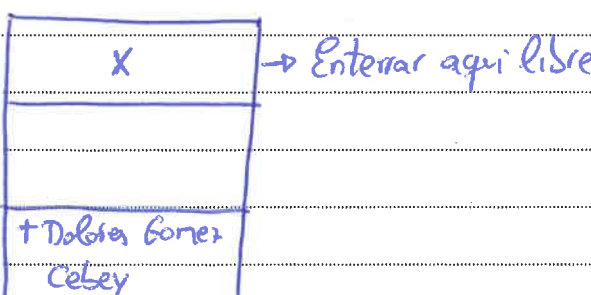
OTROS CONCEPTOS

~~Calh~~ Corra RR: Tu ciudad Carmen y sobrinos 712 ●
CENTRO 136 R R ~~PAGADO~~ FAMILIA CAEIRO (archivado) ●
~~Calh~~ CENTRO (24 R R): TU SOBRINA CARMEN GUSO Y FAMILIA ●
656692487 ~~PAGADO~~ ~~57471 275~~ TPV

~~Calh~~ CENTRO (Mod 1): HERMANOS CAUERO UILA 712 ●
~~Calh~~ CENTRO (Mod 1): TUS PRIMEROS CUENCA Y RAMÓN TPV ●

~~Calh~~ Centro mod 1 blanco: familia Lame Fernán Ama

Prop: Jose Suarez Linarez Pantheon nuevo



FALLECIDO: Jose Suarez Linarez web SF: 14 ST: 20
Fecha de fallecimiento 12 - Febrero - 2024
Domicilio Aldea Soribas N-15 Particular: (Contrato)
Teléfonos: 680 716634 Carmen (hija) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1,90	
Capilla ardiente Bertanrans-1 Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X Domicilio - Tanatorio	
Harles 16:30h Prensa No	
Radio Radio Negeira X ver Luna X ver Harles X ver Celcia X ver Linares	
Recordatorios fúnebres / tarjetas No	
Ómnibus acompañamiento No	
Turismo id. X Taxi Linarez	
Certificado médico X Si Registro Civil: Ama	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura X Sacristan y Campanas →	
Iglesia Trasmonte X Rojo	
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino (71325)	
Cantores Si X Javier Funeral: X Dorelle 1+2 70 X 170	
Flores X 1 Corona R Blancas "Tu hija e hijo politico" ● 1 Corona R Rojas "Tus nietas y nietos politicos" ● 1 Centro B R Blancas "Uxia" ●	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	



EXPED. 04-09-2000 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

[illegible]

FALLECIDO



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
 SUAREZ
 GOMEZ

MARIA DEL CARMEN

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	MOMENTO / MOMENTO
F	ESP	15 11 1961

ERIKSSON / ERIKSSON VALDEZ / VALDEZ

05 02 2024 05 02 2034

MAIN SUPPORT

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENT

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

688128

EQUIPO : EQUIPO
157771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE VIVIENDA
A CORUÑA
A CORUÑA

HEPDA DE / FOLIA DE
JOSE / DOLORES

IDESPCHF105796433253999R<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
6111151F3402052ESP<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<2
SUAREZ<GOMEZ<<MARIA<DEL<CARMEN

EQUIPO : EQUIPO
15771L6D1



3

DOMESTICO DOMESTICO
LGAR. SORRIBAS-TRASMONTE 15
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO

**AMES
A CORUÑA**

HIPOA DE / FILLOA DE
JOSE / DOLORES



SOLICITANTE (HIA)

OMC

ORGANIZACIÓN
ASISTENCIAL
DE ESPAÑA
INSTRUMENTOS
DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



https://online.oms.es/oms/es
JAS706BUTZII

Colegio de

A CORUÑA,
Código de

105196418

El/los firmante/s debe/n ser:

Medico/a apunto

El/los apunto/s debe/n ser:

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D.Dña. **MERCEDES TUA DOMINGUEZ**
D / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiada en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**,
en Medicina y Cirugía, colegiada en **BAUTISMOS CANES**
y con ejercicio profesional en **BAUTISMOS CANES**
o con ejercicio profesional en

, con el número **151508964**

CERTIFICADO de defunción de / CERTIFICADO de defunción de

Nombre del fallecido/a:

JOSÉ

1º Apellido del fallecido/a:

SUAREZ

2º Apellido del fallecido/a:

LINARES

Fecha de nacimiento

17

06

1930

Varón

X

Mujer

Documento de Identidad:

D.N.I.

33141890-V

Documento de Identidad:

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

07:00

12

07:00

12

02

2024

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En qué concejo ocurrió la defunción?

AMES

Domicilio particular

X

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 en página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tiempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) **DETECCIÓN DE CÁNCER**

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) **ENCAMIENTO**

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c) **ÍNCERAS DE DECUBITO MÚLTIPLES**

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial o fundamental

(d) **ACV ATEROCLÁSICA CIRCULATORIA MEDIDA CON**

Horas
Días
Meses
Años

SECUELAS DE HEMIPARESIA ESPONTÁNEA

II. Otros procesos / Otros procesos

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ¿Ha habido indicios de muerte violenta?

No/Non

X

¿Se practicó autopsia clínica? / ¿Practicó autopsia clínica?

No/Non

X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de: / A defunción ocurrió como consecuencia directa o indirecta de?

Accidente de tráfico

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Año

Mod. CMD-BED-G

000000

00

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucciones en página 2)

01

Escaneado con CamScanner

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTES NÚM. 20240212/007481 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/D^e **JOSÉ SUÁREZ LIÑARES** con Documento Identificativo DNI y Nº **33 141 890-V**, con último domicilio coñecido en **LUGAR DE TRANSMONTE SORRIVAS Nº15**, Ames , ESPAÑA, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **12 de FEBREIRO de 2024**, ás **07:00 horas**, ocorrida en **DOMICILIO LUGAR DE TRANSMONTE SORRIVAS Nº15**, Ames; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames o **12 de FEBREIRO** de **2024**.