

OTROS CONCEPTOS

IRONA R/BLANCOS 689313482, Chiruc2
OSÉ ANGELO GIAO Y FATICIA •
ANTRO 18 R/BLANCOS SONIA 678813329
SABINIANO ANGELO Y FATICIA TPA •
ENTRO (VAR. 2) BLIRI: CASA CACHULO •
38 54 40 27 - Luis Salgado
ENTRO (18 R. PL): REVERON DE MARIA SOSÉ •
36043856 - Luis SOSÉ.
ENTRO (18 R. PL): MAGDALENA GIRO Y FAMILIA •
69233609

web

ST:548

FALLECIDO: José Suárez Calvo

Fecha de fallecimiento 17. Noviembre 2024

Domicilio H Clinico - Urgencias

Teléfonos: 673461660 - Antonio (Cusado)

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Padova	Medida 190
Capilla ardiente	S. Platerias Sala Prep.	Si Libro X Si
Gestión funeraria	X Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	X Hospital - Complejo	
	X Calleo Mod 3	
Prensa	X	
Radio	X 17:00h. 17:00h. (Lunes)	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X Si 100	
Ómnibus acompañamiento	No	
Turismo	Boat 16:30 en casa	
Certificado médico	X Si	Registro Civil: Santiago
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	X Balsa 5956 - libre. -	
Iglesia	Capilla Complejo	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	X Solo Bela	X Defectivo
	X Juan Ventura (no cabe)	X
Flores	Familia	

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

* Velación 1 día - 1 noche

FALLECIDO: Nombre Jose Suarez Galvo D.N.I. N° 33019613-P
id. de los padres Manuel, Generosa
Naturaleza Orosa Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 5- Febrero - 1936
Profesión _____ Estado Casado Domicilio Rua da Mira N°61 - Amio
Santiago de Compostela

Fallecimiento: Fecha: 15:45 horas del día 17 de Noviembre de 2024
Domicilio Hospital- Clinica Vigencias
Cementerio Municipal de Boiscara Ayunt.º Santiago de Compostela

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

EL SEÑOR

D/ña. Jose Suarez Galvo
(Jubilado de Extensioes Agraria) (Vecino de Rua da Mira)

falleció en _____ en el día de 17-11-2024 a los 88 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Carmen Antelo Gao

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Jesus (+), Antonio (+) y German Suarez Galvo

Hermanos políticos Carmen Fernandez, Carmen Otero; Andres (+), Xaviano, Eduardo,
Manuel, Jose y Antonio Antelo Gao; Consuelo Riste, Carmen Riste, Mercedes Viero,
Lucita Boquete

Nietos No Bisnietos No Tios No Sobrinos Si Primos Si

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

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
SUAREZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
CALVO

NOMBRE / NOME
JOSE

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
05 02 1936

IDESP
ABS148112

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

18000

DNI NÚM.
33019612P

Jose Suarez



IDESPABS148112033019613P<<<<<<
3602058M9901018ESP<<<<<<<<<1
SUAREZ<CALVO<<JOSE<<<<<<<<<<

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
ANTELO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
GIAO

NOMBRE / NOME
CARMEN

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
23 11 1938

IDESP
ASL156600

VALIDEZ / VALIDADE
01 01 9999

NGC

DNI NÚM.
33179345M

Carmen Antelo



IDESPASL156600533179345M<<<<<
3811232F9901018ESP<<<<<<<<<1
ANTELO<GIAO<<CARMEN<<<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

FY1WWT SKS3

Id. electrónico/Ide. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105106453

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Pablo Pita Lopez
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

con el número
co númeroColegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1515137621ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 05 Mes 02 Año 1936
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐Documento de identidad:
Documento de identidade:
D.N.I. ☒ Número: 33019613-P
Pasaporte ☐ Número:
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) ☐ Número:
N.I.E. (Tarxeta de Residencia) ☐ Número:Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 15:45 Día 17 Mes 11 Año 2024
Hora : minutos Día Mes Año¿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 ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) INFECCION RESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años(c)
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) BRONCOASPIRACION
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
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 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 AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Si ☐ No/Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Si ☐ 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 próteses

En Santiago, a 17 de Noviembre de 2024
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma manuscrita]

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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ 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

II

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas 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.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimiento 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 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 excluíntes, 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

☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ 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) Pielonefríte 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas 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 ambigüidades.
- 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.

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, D. Jose Suarez Calvo -----
----- ha satisfecho la cantidad de
CINCO MIL ----- pesetas,
como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a per-
petuidad de la sepultura en tierra de primera
clase, número 5956, del Cementerio Municipal de Boisaca.

Por tanto, se otorga a D. Jose Suarez Calvo -----

la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al
acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este
Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión cele-
brada el día quince de marzo
de mil novecientos setenta y cuatro
con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autori-
zación de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona
sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito

En los casos de transmisión de la concesión por herencia, venta
o donación, debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Muni-
cipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será
reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio 5956 del Libro correspondiente.

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a veintinueve de marzo
de mil novecientos setenta y cuatro.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EL SECRETARIO GENERAL,



Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra de primera
clase, señalada con el número cinco mil novecientos cincuenta y seis (5956)
del Cementerio Municipal de Boisaca.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ SUÁREZ CALVO
, con documento identificativo DNI, 33019613P según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 17 DE NOVIEMBRE DE 2024
a las 15:45 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 18 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/11/2024 10:14

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:cyAN-Bysy-QshQ-j5ds

