

## OTROS CONCEPTOS

blanco / rosa  
ESAGADO  
EUROPO (var. 1) : FALSA CUBARES MUNIN, 0

FALLECIDO: JUAN JOSÉ SUÁREZ SUÁREZ.

Fecha de fallecimiento 5- Noviembre - 2024

Domicilio HOSPITAL Círculo

Teléfonos: 616 7807 07 Ángel. E-mail: [anxobrun@gmail.com](mailto:anxobrun@gmail.com)

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | Servicio prestado                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Arca modelo                                                                                                                                                                                                                                 | C1                                                                 | Medida 190.                              |
| Capilla ardiente                                                                                                                                                                                                                            | CORRADO OPERARIO Sala Prep.                                        | Si Libro <del>Si</del>                   |
| Gestión funeraria                                                                                                                                                                                                                           | Si                                                                 | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV |
| Carroza traslado                                                                                                                                                                                                                            | HOSPITAL CÉNICO - CORREJO                                          |                                          |
| Prensa                                                                                                                                                                                                                                      | CORREJO Nº3 Diercolos.                                             |                                          |
| Radio                                                                                                                                                                                                                                       | NO                                                                 |                                          |
| <u>Recordatorios funebres / tarjetas</u>                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                          |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                                                                                                                      | <del>id</del>                                                      |                                          |
| Turismo                                                                                                                                                                                                                                     | Recojer al cura Sfernando                                          | 45                                       |
| Certificado médico                                                                                                                                                                                                                          | Si                                                                 | Registro Civil SANTIAGO                  |
| Carroza                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    | Personal                                 |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                          |
| Iglesia                                                                                                                                                                                                                                     | CAPILLA CORREJO                                                    | <del>(EXTRAÑA PARAFRASES)</del>          |
| Incineración                                                                                                                                                                                                                                | Si 23:00hrs.                                                       | Urna: BASICA.                            |
| Presencian                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | Destino <del>Dobos</del>                 |
| Cantores                                                                                                                                                                                                                                    | Si (de familia)                                                    | Funeral: <del>60 (8950)</del>            |
| Flores                                                                                                                                                                                                                                      | 24 R. Ryb "Tu esposa e hijos"                                      |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                             | NO SE RECIBEN FLORES                                               |                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefuneros <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario<br><input checked="" type="checkbox"/> Donativo APECTADOS DANA ULC |                                                                    |                                          |

FALLECIDO: Nombre JUAN JOSÉ SUÁREZ SUÁREZ D.N.I. Nº 33.017.918-S  
id. de los padres JUAN / RANONA  
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 27 - ABRIL - 1934  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado CASADO Domicilio C/ República del Salvador, Nº 31, 4º A. SANTIAGO  
Fecha: \_\_\_\_\_ horas del día 5 de NOVIEMBRE de 20 24  
Fallecimiento: Domicilio \_\_\_\_\_  
Cementerio INC. COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_; Página \_\_\_\_\_

DECLARANTE D. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) D.N.I. \_\_\_\_\_

domiciliado en \_\_\_\_\_

D/ña. JUAN JOSÉ SUÁREZ EL SEÑOR SUÁREZ (vecino C/ República del Salvador - Santiago). "SESO"

falleció en \_\_\_\_\_ en el día de \_\_\_\_\_ a los 90 años

confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposa ROSA MARÍA LOBELL CASAL

Hijos JUAN JOSÉ (+), MARÍA DE LOS ÁNGELES, MARÍA INMACULADA, ÁNGEL RAMÓN, ENRIQUE JAVIER y ROBERTO SUÁREZ BRUN

Hijos políticos SI

Padres \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos \_\_\_\_\_

Hermanos NO

Hermanos políticos SI

Nietos SI Bisnietos SI Tíos 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

No se reciben Flores.  
Donativo vecinos de  
la Dama.

## DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO

SUAREZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO

SUAREZ

NOMBRE / NOME

JUAN JOSE

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO

27 04 1934

IDESP

ADV129942

VALIDO HASTA / VALIDO ATA

01 01 9999

880


DNI NÚM.  
33017918SLUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO  
SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTONOMIA / AUTONOMIA PAIS

A CORUÑA

NOMBRE / NOME

JUAN / RAMONA

DIRECCION / DIRECCION

C. REPUBLICA SALVADOR 31 P04 A

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA / PAIS, PROVINCIA-PAIS

A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO  
15771L6D1

IDESPADV129942933017918S<<<<<<<  
3404274M9901018ESP<<<<<<<<<<6  
SUAREZ<SUAREZ<<JUAN<JOSE<<<<<<<

## REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33283770X

APELLIDOS / APELIDOS

SUAREZ

BRUN

NOMBRE / NOME

ENRIQUE JAVIER

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

M

ESP

NACIMIENTO / NASCIMENTO

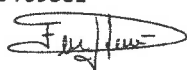
19 01 1967

EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ

03 05 2022 03 05 2032

NÚM. SOPORTE

CCD165302



145152

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO

RUA. TRAVESA 3 P01 ES

MILLADOIRO

AMES

A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO

A CORUÑA

A CORUÑA

HIJO DE / FILHO DE

JUAN JOSE / MARIA MERCEDES

EQUIPO / EQUIPO  
15771L6D1

IDESPCCD165302633283770X<<<<<<<  
6701192M3205035ESP<<<<<<<<<<6  
SUAREZ<BRUN<<ENRIQUE<JAVIER<<<



105602067

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.  
D. / Dña.

CRISTINA RUA CASTRO

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

SANTAGO DE COMPOSTELA

con el número  
co númeroColegio actual  
Colegio actualNº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a

151512353

1ª colegiación  
1ª colexiación

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:  
Nome do falecido/a:

JUAN JOSE

1º Apellido del fallecido/a:  
1er Apellido do falecido/a:

SUAREZ

2º Apellido del fallecido/a:  
2º Apellido do falecido/a:

SUAREZ

Fecha de nacimiento  
Data de nacemento

Día 27

Mes 04

Año 1934

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐Documento  
de identidad:☒ D.N.I.  
☐ D.N.I.

Número:

33017918-S

Documento  
de identidad:☐ Pasaporte  
☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)  
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción  
Hora e data da defunción

Hora : minutos

17:50

Día 05

Mes 11

Año 2024

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

SANTAGO 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 instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b)

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 fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

ESTENOSIS AÓRTICA

Horas Días Meses Años

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Horas Días Meses Años

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

Sí/Sí ☐No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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  
Accidente de tráficoNo/Non ☒Accidente laboral  
Accidente laboralNo/Non ☒Sí/Sí ☐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 incineración

Si/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 prótesis

En Santiago, a 5 de 11 de 2024

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 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 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 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ 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 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 transcorrido 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 excluyentes, é decir, 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- 1.Emplegar 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.

# CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

## Datos relativos al prestador de servicios funerarios

|                                                                                          |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L                                   | C.I.F.: B15657901 |
| Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª |                   |
| Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez              | DNI: 33200436 M   |

## Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denominación: COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO                                              |
| Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L. |
| Ubicación del establecimiento: SANTIAGO                                                        |

## Datos relativos al profesional que realiza la técnica

|                                                                                     |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Nombre apellidos y nº DNI del profesional: ADRIÁN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ                 | DNI: 45873033Q |
| Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia) |                |
| Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140                                    |                |

## Datos relativos a la persona fallecida

|                                                                                                                 |                     |                 |                                              |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|----------------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre y apellidos: <b>JUAN JOSÉ SUÁREZ SUÁREZ</b>                                                              |                     |                 |                                              | Nacionalidad: <b>ESPAÑOLA</b> |
| Dni/Pasaporte: <b>33017918 S</b>                                                                                | Sexo: <b>HOMBRE</b> | Edad: <b>90</b> | Fecha nacimiento: <b>27 DE ABRIL DE 1934</b> |                               |
| Fecha, hora y lugar de fallecimiento: <b>5 DE NOVIEMBRE DE 2024, A LAS 17:50 EN HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO</b> |                     |                 |                                              |                               |
| Causa fallecimiento: <b>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA</b>                                                          |                     |                 |                                              |                               |
| Destino final: <b>CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL SANTIAGO</b>                                                      |                     |                 |                                              |                               |

Siendo las 20:30 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

### Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

**Técnica utilizada (descripción):** Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

### ☐ Embalsamamiento:

**Técnica utilizada (descripción):** Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

### ☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 5 de noviembre de 2024

El profesional que realiza la técnica

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Adrián Jiménez Rodríguez  
45873033Q

José Domínguez Pérez  
33200436M







MINISTERIO  
DE JUSTICIA



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

## LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JUAN JOSÉ SUÁREZ SUÁREZ  
, con documento identificativo DNI, 33017918S según la certificación facultativa  
presentada, que constata la fecha de la muerte 05 DE NOVIEMBRE DE 2024  
a las 17:50 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 06 de NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
06/11/2024 10:06

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:chUs-rF4X-KkkX-NRXS

