OTROS CONCEPTOS

TPV SIMP.342 PAGADO
CORONA (40 R. Blancas): JOSE MARÍA, ALFONSO CARMEN
TPV SIMP.343 PAGADO
CORONA (40 R. Rojas): TUS PRIMOS
SIMP.351 PAGADO
ENTRO (Var. A): FAMILIA MOURE RODRIGUEZ
PAGADO TPV
ENTRO (24 R. BR): ASOCIACIÓN DE VECIÑOS MONTE DO GOZO
29650658 TINI

CCURA A: ASOCIACIÓN DE VECIÑOS MONTE DO GOZO
RROQUIA DE SAN LÁZARO. CIF: G15048440
a da Huiña, 63 - Santiago - 15703.
vmontedogozo@yahoo.com

nc. José Ángel Garea Nuñez 2025

FALLECIDO: JORGE ALBERTO SUÁREZ PONTE

Fecha de fallecimiento 9 - MARZO - 2025

Domicilio RUA DA HUIÑA Nº 74 - STGO

Teléfonos: 696411032 - Mª ESTHER E-mail: asugarca@gmail.com

STA. LUCÍA 912685721 4.350€

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1,90	
Capilla ardiente CERVANTES Sala Prep. SI Libro SI	
Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado DOMICILIO - COMPLETO	
Prensa CORREO GALLEGO Nº 2. Bolsa Restos	
Radio 1 RADIO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO inscripción	
Ómnibus acompañamiento NO	
Turismo 16:30 id. recoger en casa	
Certificado médico SI Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura BOISACA 1491 - LÁPIDA PINELO 10:00	
Iglesia CAPILLA COMPLETO	
Incineración NO Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino DATOS EMAIL	
Cantores NO Funeral: D. JUAN - (NO COBRA)	
Flores CORONA 40 R.B. TU ESPOSA CORONA 40 R.B. TUS HIJOS E HIJOS POLÍTICOS 1 centro 18 R.B. TUS NIETOS (E.C.)	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

Eternar cuerpo Arriba LUNES 17:00

ÁNGEL ESQUELA EN IGLESIA

FALLECIDO:

Nombre JORGE ALBERTO SUÁREZ PONTE D.N.I. Nº 33225103-Q

id. de los padres MANUEL E ISABEL

Naturaleza BUENOS AIRES - ARGENTINA Provincia

Día, mes y año de nacimiento 16 - FEBRERO - 1955

Profesión Estado CASADO Domicilio RUA DA MUIÑA Nº 74 SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 9 de MARZO de 2025

Domicilio RUA DA MUIÑA Nº 74 - SANTIAGO

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR

D/ña. JORGE ALBERTO SUÁREZ PONTÉ

falleció en RUA DA MUIÑA - 74 - SANTIAGO en el día de 9 - MARZO - 25 a los 70 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a MARIA ESTHER GAREA NUÑEZ

Hijos JORGE ALBERTO, MANUEL ALEJANDRO y ANA ISABEL

Hijos políticos ROSANA y LAMPROS

Padres MANUEL (VDO DE ISABEL)

Abuelos NO

Padres políticos - ANGEL (+) y ANUNCIACIÓN (+)

Hermanos ALBA y ALICIA

Hermanos políticos JOSÉ, MANOLO, JUAN MANUEL, JOSÉ ANGEL (+) y JOSE LUIS, MARICARMEN, SUSANA y MARINAR

Nietos ELIZABETH (+), NURIA y ELENA Bisnietos NO Tios NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción VECINOS Y AMIGOS.

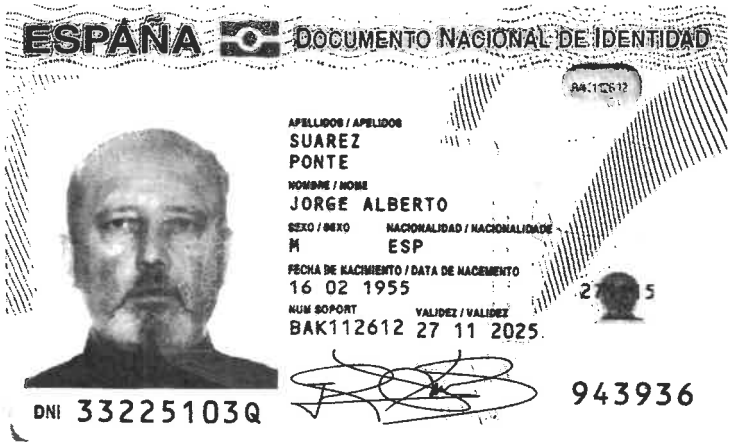
Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



FALLECIDO

SOLICITANTE (ESPOSA)

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33234584K

DNI 33234584K

APELLIDOS / APELIDOS
GAREA
NUÑEZ

NOMBRE / NOME
JOSE LUIS

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 22 12 1959

EMISIÓN / EMISIÓN: 07 09 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 07 09 2032

NUM SOPORTE
CDE152290

035776

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. DA MUIÑA 74
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ANGEL / ANUNCIA

IDESPCDE152290233234584K<<<<<<
5912225M3209077ESP<<<<<<<<<<<0
GAREA<NUNEZ<<JOSE<LUIS<<<<<<<<

ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
GAREA
NUÑEZ

NOMBRE / NOME
JUAN MANUEL

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
07 01 1963

NUM SOPORT
BGJ105923
VALIDEZ / VALIDEZ: 21 02 2028

218218

DNI 33255092J

338816

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. MUIÑA 74
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ANGEL / ANUNCIACION

IDESPBGJ105923833255092J<<<<<<
6301075M2802219ESP<<<<<<<<<<<5
GAREA<NUNEZ<<JUAN<MANUEL<<<<<<

OMC § ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

SE6TGOOPRT

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*

105196495

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. / *D. / Dna.* FRANCISCO JOSÉ GARCIA LÓPEZ

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *, co número*

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* — 1ª colegiación / *1ª colexiación*: 15078999

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* SANTIAGO DE COMPOSTELA

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / *Nome do falecido/a:* JORGE ALBERTO

1er Apellido del fallecido/a: / *1er Apelido do falecido/a:* SUÁREZ

2º Apellido del fallecido/a: / *2º Apelido do falecido/a:* PONTE

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento* — Día / *Día* 16 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 1955

Sexo: / *Sexo:* Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33225103-Q
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / *Hora e data da defunción* — Hora : minutos / *Hora : minutos* 11:00 — Día / *Día* 09 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / *¿En que concello ocorreu a defunción?:* SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular / *Domicilio particular* [X] — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [ ] — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [ ] — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ] — Otro lugar / *Outro lugar* [ ]

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

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

Intervalo de tiempo aproximado[1] / *Intervalo de tempo aproximado[1]*

I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata[2]*

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / *Causas intermedias[3]*

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]*

(d) FIBRILACIÓN AURICULAR — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / *Otros procesos[5]*

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / *Houbo indicios de morte violenta?* Sí/*Si* [ ] No/*Non* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / *Practicouse autopsia clínica?* Sí/*Si* [ ] No/*Non* [X]

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / *A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:*

Accidente de tráfico / *Accidente de tráfico* — No/*Non* [X] — Sí/*Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No/*Non* [X] — Sí/*Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 / *En* Santiago, a / *a* 09 de / *de* Marzo de / *de* 2025

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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 — Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

debido a ↓

(c) Pielonefritis crónica — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento 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 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

debido a ↓

(c) Pielonefrite crónica — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 5

Outras 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JORGE ALBERTO SUÁREZ PONTE, con documento identificativo DNI 33225103Q, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 9 de marzo de 2025, a las 11:00 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 , 10 de marzo de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
10/03/2025 10:38	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:$fJ5-dcHM-62Vf-VAKb