OTROS CONCEPTOS

NTRO (Var. [illegible] FAMILIA CAPEÁNS OUTEIRO TPV S.643 PAGADO

NTRO (24 R. BR): SIN CUNCA TPV S.644 PAGADO

NTRO (24 R. BR): [illegible] AMIG@S TPV S.645 PAGADO

NTRO (18 R. R): [illegible] AMIGAS DEL COLE TPV S.646 PAGADO

ORO (18 R. BR): [illegible] HERMANA URNA bizum S.647 PAGADO

ULTURA 6662 → SOLO A NOMBRE DE MARÍA OTERO

SO ENTERRADA AHÍ EN EL 1973 + ENTERRADA ROSARIO

RO ROTO EN EL 2006 Y BEBÉ DOLORES FDEZ GOMEZ EN 1982.

EDICAR HIJOS HEREDEROS CON TESTAMENTO.

S.F. - 334
S.C. - 163
Ta - 242

FALLECIDO: SUSANA NAVAZA FERNÁNDEZ

Fecha de fallecimiento 14 - MAYO - 2025

Domicilio H. CLÍNICO - SANTIAGO

Teléfonos: 619.43.26.86 (MARCOS) E-mail: 650565144 (Emnidad)

Servicio de alta

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo: Redondo C.O.	Medida:	995
Capilla ardiente: QUINTANA	Sala Prep.: Si	Libro: Si 640 54 28 25
Gestión funeraria: Si	☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado: ~~HOSPITAL~~ - TANATORIO		107
Prensa: CORREO Nº 3 (Viernes)		375
Radio: NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas: NO		
Ómnibus acompañamiento: NO		
Turismo: ~~NO~~ ~~Id.~~ Recoger 17:00 en domicilio.		46
Certificado médico: ~~Si~~	Registro Civil: ~~X~~ SANTIAGO	3
Carroza	Personal: Viernes 16 10:30	114 119,50
Ayunt.º: Sepultura: Sep 6662		
Iglesia: ~~CAPILLA~~ COMPLEJO		151
Incineración: ~~X~~ ~~Si~~ (21:00)	Urna: Si	351 90,70 32,20
Presencian: ☐ SI ☐ NO	Destino: 103584	
Cantores: NO.	Funeral: ~~X~~ JUAN VENTURA	~~X~~ 60
Flores: Corona Rosas Rojas: TU ESPOSO Y FAMILIA.		143
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		34,70 73,50

FALLECIDO:

Nombre SUSANA NAVAZA FERNÁNDEZ D.N.I. Nº 44814341 Z

id. de los padres Emilio / Trinidad

Naturaleza Santiago Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 9- Abril- 1975

Profesión Estado CASADA Domicilio C/ TERESA DE CLARAMUNT, 12 SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 12:30 horas del día 14 de 5 de 2025

Domicilio H. Clínico

Cementerio Crematorio Complejo Apóstol Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. Marcos Manteiga Outeiro (esposo) D.N.I. 32808050 E

domiciliado en El mismo

~~EL SEÑOR~~

~~D/ña.~~ SUSANA NAVAZA FERNÁNDEZ

(Funcionaria de la Administración de Justicia en A Coruña)

falleció en SANTIAGO en el día de 14/5/2025 a los 50 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a MARCOS MANTEIGA OUTEIRO

Hijos —

Hijos políticos —

Padres EMILIO NAVAZA GONZÁLEZ Y MARÍA TRINIDAD FERNÁNDEZ OTERO

Abuelos

Padres políticos —

Hermanos LAURA Y RAQUEL;

Hermanos políticos MANUEL SEOANE, ÁNGEL VASCONCELLOS; Y MINIA MANTEIGA;

Nietos — Bisnietos — Tios Sí Sobrinos Sí Primos Sí

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

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

44814341Z

DNI 44814341Z

APELLIDOS / APELIDOS
NAVAZA
FERNANDEZ

NOMBRE / NOME
SUSANA

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 09 04 1975

EMISIÓN / EMISIÓN: 21 08 2024
VALIDEZ / VALIDEZ: 22 12 2026

NUM SOPORTE
CIR146455

574144

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. TERESA CLARAMUNT DE 0012
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
EMILIO / TRINIDAD

IDESPCIR146455844814341Z<<<<<<
7504091F2612225ESP<<<<<<<<<<<0
NAVAZA<FERNANDEZ<<SUSANA<<<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

32808050E

DNI 32808050E

APELLIDOS / APELIDOS
MANTEIGA
OUTEIRO

NOMBRE / NOME
MARCOS

SEXO / SEXO: M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 17 01 1973

EMISIÓN / EMISIÓN: 26 02 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 06 06 2026

NUM SOPORTE
CBS174250

574720

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
CRRA. SAN MAURO 10 00 00 P04 I
NEGREIRA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
A CORUÑA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ALBINO / MARIA CARMEN

IDESPCBS174250632808050E<<<<<<
7301175M2606060ESP<<<<<<<<<<<6
MANTEIGA<OUTEIRO<<MARCOS<<<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33193364V

DNI 33193364V CFI172106

APELLIDOS / APELIDOS
FERNANDEZ
OTERO

NOMBRE / NOME
MARIA TRINIDAD

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACEMENTO
F	ESP	07 11 1949

EMISIÓN / EMISIÓN	VALIDEZ / VALIDEZ
08 06 2023	01 01 9999

NUM SOPORTE
CFI172106

771840

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA NOVA DE ABAIXO 0007 P01 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
FRANCISCO Y MARIA

IDESPCFI172106033193364V<<<<<<
4911070F9901018ESP<<<<<<<<<<<3
FERNANDEZ<OTERO<<MARIA<TRINIDA

OMC

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105525397

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. MARTÍN PÉREZ MARTELO
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 1ª colegiación / *1ª colexiación*
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 151512686

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 09 — Mes / *Mes*: 04 — Año / *Ano*: 1975

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 44814341-Z
- ☐ 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*: 12:30 — Día / *Día*: 14 — Mes / *Mes*: 05 — Año / *Ano*: 2025

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* ☐ — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ☒ — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☐ — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

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) FRACASO MULTIORGÁNICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) HIPERCALCEMIA TUMORAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) PROGRESIÓN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(d) CANCER OVARIO — 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* ☒

¿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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐
Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐
Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

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

¿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 SANTIAGO DE, a 14 de MAYO de 2025
En COMPOSTELA, a de de

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 — debido a ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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

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 — debido a ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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 — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

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

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 LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

registrocivil

Nº expediente: **20250515/007547**
Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción No Judicial (Caso Muerte Natural)**
Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

D/Dª EVA BERNARDEZ PEREIRAS

En **Santiago de Compostela** a **15** de **MAYO** de **2025.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **SUSANA NAVAZA FERNÁNDEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **44814341Z**, con último domicilio conocido en **CALLE TERESA DE CLARAMUNT, 12- SANTIAGO DE COMPOSTELA**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **CATORCE** de **MAYO** de **2025** a las **12:30** horas, acaecida en **SANTIAGO;**

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
15/05/2025 10:54	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:aaxq-xu6v-rAJn-i5rv