

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

Libro mod 2: Compañeros de Ibañeta de Arzo y Debarra
nro 24 fajos: Haribol 440 0712 9112 3000 71290
TPV 1628 02089347

PAGADO

Guia

PAGADO

web

con 40 RB Elena de NABARRA y...

FALLECIDO: CARMEN SANTOS SUAREZ

Fecha de fallecimiento 12 - NOVIEMBRE - 2025

Domicilio H. clinico #c/QUIROGA PARCIAL N°18-2°

Teléfonos 665810717 - H° ksus E-mail: (Para H°ks)

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1.	Medida	6M50
Capilla ardiente	TOURAL	Sala Prep. si Libro si	640/54/2025
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUW	173
Carroza traslado	HOSPITAL COMPLEJO		1.2
Prensa	CORREO GALLEGO N°3-(JUEVES)		375
Radio	ESQUELA DOMICILIO.		
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	Inscripción	494
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	domingo id. PECOGER 15:20. S. PEDRO		3
Certificado médico	si	Registro Civil: STGO.	
Carroza	2	Personal	150
Ayunt. Sepultura	BOISACA SEP. 4552		
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO		151
Incineración	NO	Urna:	
Presencias	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	NO	Funeral	D. EUGENIO
Flores	CORONA: 40 R.B. - Tus Hitos e Hitos Patricios. 143		
	CORONA: 40 R.B. - Tus Nietas y Nietas Patricios. 114		
	Xenitacion		
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario

22/10 13:50

FALLECIDO: Nombre CARMEN SANTOS SUÁREZ D.N.I. Nº 33172567-N
id. de los padres FERNANDO Y MARIA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 24-MAYO-1931
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio C/QUIROGA PALACIOS
Nº 18-2º - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 17:30 horas del día 12 de NOVIEMBRE de 2025
Domicilio H. CLÍNICO - STGO.
Cementerio BOISACA - STGO Ayunt.º STGO.

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

LA SEÑORA
D/ña. CARMEN SANTOS SUÁREZ (VDA. JOSÉ VILAS MARIÑO)

falleció en QUIROGA PALACIOS Nº 18- SANTIAGO en el día de 12/11/2025 a los 94 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos JOSÉ, Hº DEL CARMEN Y Mº JESÚS VILAS SANTOS

Hijos políticos ADELINA VILACOBIA TORREIRA, BENEDICTO OTERO PÉREZ, MANUEL VIDAL VILAS.

Padres NO

Abuelos NO NIETOS: JOSÉ (A) Y FERNANDO VILAS VILACOBIA, ANXO OTERO

Padres políticos NO VILAS, DEBORA Y ALEJANDRO VIDAL VILAS

Hermanos NO NIETOS POLÍTICOS: YESICA VIDAL LOURIDO, ROBERTO HIRANDA SÁNCHEZ Y LILIANA MORATA COSTAS

Hermanos políticos NO

Nietos / Bisnietos: XOANA Y MARIA HIRANDA VIDAL, CARMEN VIDAL MORATA
Tíos NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción AHITADO,

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: SALA TOUNAL.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO - PRIMER(A) APELLIDO
SANTOS
SEGUNDO APELLIDO - SEGUNDO APELLIDO
SUAREZ
NOMBRE COMPLETO
CARMEN
FECHA DE NACIMIENTO - DATE OF BIRTH
D **E** **S**
FECHA DE NACIMIENTO - DATE OF BIRTH
24 05 1931
IDESP
AJF106852
VALOR HOJA - VALUE OF LEAF
01 01 9999

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 INSCRIPCIÓN PAÍS / PROVINCIA PAÍS
 A CORUÑA
 DIFUSIÓN DE / DIFUSIÓN DE
 FERNANDO / MARIA
 DOMICILIO / DOMICILIO
 E. QUIROGA PALACIOS 18 P02
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA

PRIVILEGIADAYS / PRIVILEGIATA PAZI

ALCORRA

IDESPAJF10685283317256
3105249F9901018ESP
SANTOS<SUAREZ<<CARMEN<<<<<<<<

FALLECIDA



REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33240295M

DNI 33240295M

APPENDIX A: APPENDIX

VTLAS

VILAS
SANTOS

CONCLUSIONS

MAFTA JESUS

\$513 / \$600

F ESP

EMISIÓN / EMISIÓN

31 07 2023	31 07 2033
------------	------------

NUM SOPORTE

CFU167351

100

[Signature] 330048

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DOMICILIO / DOMICILIO

C. QUIROGA PALACIOS 18 P01
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L6D1
Quenda / Quenda

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

HUO/A DE / FELLO/A DE
JOSE / CARMEN

IDSPCFU167351833240295M<<<<<
5808153F3307319ESP<<<<<<<<<8
VILAS<SANTOS<<MARIA<JESUS<<<<<

SOLICITANTE
(HIJA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105693180

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enMaría Cortés Ayaso, licenciada
A Coruña
Santiago de Compostela
con el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a151510867
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

CARMEN

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

SANTOS

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

SUAREZ

Fecha de nacimiento
Data de nacementoDía 24
DíaMes 05
MesAño 1981
AñoSexo:
Sexo:Varón ☒
VarónMujer ☐
MullerDocumento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

38172567-N

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

Hora : minutos 17:30

Día 12
DíaMes 11
MesAño 2025
Año

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

Santiago

Domicilio particular ☐
Domicilio particularCentro hospitalario ☒
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria ☐
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo ☐
Lugar de traballoOtro lugar ☐
Outro 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido aCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) ESTENOSIS AORTICA
Debido a/Debido a(c)
Debido a/Debido aCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) INSUFICIENCIA CARDIACA
Debido a/Debido aII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años
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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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, a 12 de noviembre de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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

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.

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 Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermedad 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 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

☐☐ 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) Pielonefrite 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **13** de **NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **CARMEN SANTOS SUÁREZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33172567N** , según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **12** de **NOVIEMBRE** de **2025** a las **17:30** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

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

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
13/11/2025 14:04

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:t7fk-heXz-HEjN-V5W2

