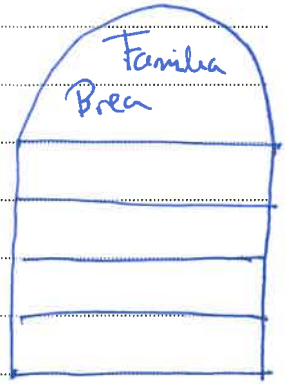
OTROS CONCEPTOS

676 034 185 Rubén

Entregado, Mª Teresa Brea Herrás 21'25 €
1 Mechero

Manuel Brea Vázquez
Manuela Dono Rey



FALLECIDO: JUAN MANUEL BREA DONO web SF-55 ST-46

Fecha de fallecimiento 22 - ENERO - 2026

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO

Teléfonos: 619222299 (Mª Teresa) E-mail:

OCASO 3620 €

pol.: 020000150021305
sin.: 0320262000500 9

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-0	Medida	626'75
Capilla ardiente TOURAL	Sala Prep. Si / Libro X Si	656/55/28'95
Gestión funeraria si	☐ Tramitación UUVV	177
Carroza traslado X HOSPITAL - COMPLEJO APÓSTOL		105
Sábado 11:00 Prensa Correo, 2		210
Radio —		
Recordatorios fúnebres / tarjetas —		
Ómnibus acompañamiento —		
Turismo id.		60
Certificado médico X si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	Personal	182'90/90'95/1[illegible]'70
Ayunt.º: Sepultura OROSO	X Pinelo	125
Iglesia Capilla	Complejo	154
Incineración	Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	70
Cantores X Jumer	Funeral X Juan V	90
Corona: RR: Tu familia		161
Flores		
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos	☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	27'70

FALLECIDO:

Nombre JUAN MANUEL BREA DONO D.N.I. Nº 32364922N

id. de los padres MANUEL Y MANUELA

Naturaleza OROSO Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 22 DE ABRIL DE 1942

Profesión Estado SOLTERO Domicilio Iglesia, 13 - Oroso

Fallecimiento:

Fecha: 21:15 horas del día 22 de ENERO de 2026

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO

Cementerio San Martin de Oroso Ayunt.º Oroso

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. Juan Manuel Brea Dono (Vecino de Lugar de la Iglesia, 13 Oroso)

falleció en en el día de 22/1/26 a los 83 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Su familia -

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

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

164

Registro Civil de Orso

Número 327

NOMBRES Y APELLIDOS

Juan Manuel Brea Otero

Orso

D.N.I. 13-6-1966

D.N.I. 25-9-1973

En Orso, provincia de La Coruña, a las once horas y quince minutos del día veintiocho de Abril de mil novecientos cincuenta y dos ante Don Miguel Martínez Suarez Juez municipal propietario y Don Augusto Barreiro Moure Secretario accidental se procede a inscribir el nacimiento de un varon ocurrido a las diez y nueve horas cero minutos del día veintidos del actual

en la parroquia de Orso lugar de Iglesia número cero piso es hijo legitimo de Manuel Brea Vazquez de cincuenta y dos años y de Manuela Otero Rey de treinta y siete años, casados, labradores, naturales y vecinos de Orso.

nieto por línea paterna de Juan Brea Otero natural de Orso y de Josefa Vazquez Fraiz natural de Teramonte, y por la materna de Manuel Otero Penido y de Josefa Rey Rotana naturales de Orso todos fallecidos

que le ponen los nombres de Juan-Manuel

Esta inscripción se practica en el local del Juzgado en virtud de manifestacion personal del padre del indicado varon que exhibió cedula personal del corriente ejercicio

y la presencian como testigos Don Santiago Suarez Conde mayor de edad soltero, Maestro Nac, domiciliado en la parroquia de Orso, número cero y Don Domingo Bermudez Gomez mayor de edad casado, Industrial, domiciliado en la indicada de Orso, número

Leída esta acta, se sella con el de este Juzgado y la firman el Sr. Juez con los testigos y el manifestante

de que certifico.

Miguel Martinez

Manuel Brea

Santiago Suarez

Domingo Bermudez

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO 23/01/2026 10:29

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR Secretaría de Estado de Justicia

RG:uuUm-&F7u-cGK6-cWE$

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

BEC103381

APELLIDOS / APELIDOS
BREA
HERVES

NOMBRE / NOME
MARIA TERESA

SEXO / SEXO F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
20 12 1959

190517

NUM SOPORT BEC103381

VALIDEZ / VALIDEZ 19 05 2027

495680

DNI 33240929H

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. GENERAL PARDIÑAS 29 P05 IZ
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
JOSE / CELSA MARINA

IDESPBEC103381733240929H<<<<<<
5912203F2705192ESP<<<<<<<<<<<1
BREA<HERVES<<MARIA<TERESA<<<<<

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/*Selo*: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS A CORUÑA

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105972112

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Rocío Prado Álvarez

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

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Santiago de Compostela

Colegio actual / *Colexio actual*: 15 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 1345 0 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** JUAN MANUEL

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 22 — Mes / *Mes*: 04 — Año / *Ano*: 1942 — **Sexo:** / ***Sexo:*** Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 32364922-N Duvale corrección
- [ ] 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*: 21:15 — Día / *Día*: 22 — Mes / *Mes*: 01 — Año / *Ano*: 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***¿En que concello ocorreu a defunción?:*** Santiago de Compostela

Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ] — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X] — 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) INSUFICIENCIA RENAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) — 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) BRONCOASPIRACION — 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*

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 *En* Santiago, a *, a* 22 de *de* enero de *de* 2026

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 10

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 10

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

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 23 de **ENERO** de **2026.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª JUAN MANUEL BREA DONO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 32364922N según la certificación facultlva presentada, que constata la fecha de la muerte el día **22** de **ENERO** de **2026** a las 21:15 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	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
23/01/2026 14:23	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO

RG:UVpJ-ycbZ-fawE-kFRB