

OTROS CONCEPTOS

ENTRO (Var. 1) sobre: TEUS BISNETOS **PAGADO** SIMPL 257 TPV
ORONA (Var. 3) : OS TEUS NETOS **PAGADO** SIMPL 262 web
ENCERO (Var. 1) : FAMILIA MARTIN LOPEZ **PAGADO** CPU
ENTRO (18 RB) : FAMILIA CARRETERO BARRERO **PAGADO** TPV SIMPL 259
ENCERO (18 RB) : FAMILIA CEREZO FLORES **PAGADO** TPV SIMPL 260
ENCERO (Var. 2) BARRI : LUISA ANTON **PAGADO** TPV SIMPL 260
ENCERO (18 RB) : REGINA GRIETO **PAGADO** TPV SIMPL 260
ENCERO (Var. 1) : VASQUEZ VASQUEZ **PAGADO** TPV SIMPL 261

entro 18 resambli / Rda da nena (Teresa Figueiras) **PAGADO** TPV SIMPL 261

entro 18 RB: FAMILIA VASQUEZ **PAGADO** TPV SIMPL 261

entro 18 RB: FAMILIA VASQUEZ **PAGADO** TPV SIMPL 261

ST: 94

web

FALLECIDO: MARIA TERESA BARRERO SUAREZ
Fecha de fallecimiento 12. FEBRERO - 2026
Domicilio MARCO DE CEAS, 10 - FIGUEIRAS
Teléfonos: 609579184 JUAN MANUEL E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1.8	
Capilla ardiente SACA POSTERIAS	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado Dominicio - completo		
Prensa Correo - 3		
Radio Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas No		
Ómnibus acompañamiento	inscripción + tapa	430€
Turismo id	SACE AL TANTATORIO	
Certificado médico Si	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	FIGUEIRAS	
Iglesia CARLA COMPLEJO		
Incineración	Urna:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino: CAMPANERO	
Cantores NO	Funeral: D. MIGUEL	110/123375
Flores	1 CARROZA R(B/R): TUS HIJOS E HIJAS POST. - Galgo -	
Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		
		2 CARSELAS PARKING

FALLECIDO: Nombre MARÍA TERESA BARREIRO SUÁREZ D.N.I. Nº 33163779 X
id. de los padres JESÚS / MARÍA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12 - ENERO - 1931
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio RUA MARCO DE COBAS, 10
CORREXINS, FIGUEIRAS - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 13:30 horas del día 12 de FEBRERO de 2026
Domicilio SU DOMICILIO - FIGUEIRAS - SANTIAGO
Cementerio FIGUEIRAS Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. JUAN MANUEL SUÁREZ BARREIRO (hijo) D.N.I. 33224532C
domiciliado en RUA MARCO DE COBAS, 10 - FIGUEIRAS - SANTIAGO

D/ña. MARÍA TERESA BARREIRO SUÁREZ LA SEÑORA "CASA DO CEBLO"
(VIUDA DE JUAN SUÁREZ NOTA) (VECINA DE CORREXINS. FIGUEIRAS. SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 95 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~
Hijos FRANCISCO TERESA & JUAN MANUEL & SUÁREZ BARREIRO

Hijos políticos CAMELA, PEPE y MARÍA JOSÉ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos Si

JUANJO Y ANTONIA ; MIGUEL Y AGATA ; ROÍ Y ANA Y ERO Y ENMA
MARGARITA;

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción ESTRELA & LIAM

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido.

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105970900

Colegio de Colexio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. HA INMACULADA SÁNCHEZ PÉREZ
D. / Dña. A CORUÑA con el número 151511260
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTAS co número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

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

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MARIA TERESA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: BARREIRO
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: SÁNCHEZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 12 Mes 01 Año 1931
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33163779-X
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 13:30 Día 12 Mes 02 Año 2026
Hora : minutos 13:30 Día 12 Mes 02 Año 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTAS
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

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

I. Causa inmediata / Causa inmediata
(a) FRACASO RESPIRATORIO
Debido a / Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causas intermedias / Causas intermedias
(b) DEBIDO A LA CAUSA INMEDIATA
Debido a / Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(c) SENECTO
Debido a / Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

(d) SENECTO
Debido a / Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos / Outros procesos
(e) OTROS PROCESOS
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? No/Non
Si/ Si ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? No/Non
Si/ 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 No/Non Accidente laboral No/Non
Accidente de tráfico Si/Si Accidente laboral Si/Si
Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
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 incineração

Si/Si ☐ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☒ Existencia de prótesis/Existencia de próteses

En SANAGO, a 12 de Febrero de 2025
En _____, 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 4 5 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 0 0 0 0
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 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 0 0 0 0
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

Horas 5 0 0 0 0
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 1 0 0 0 0
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.

Instrucciones 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 4 5 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 0 0 0 0
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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 0 0 0 0
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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 5 0 0 0 0
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: Diabete

Horas 1 0 0 0 0
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.



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 **FEBRERO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA TERESA BARREIRO SUÁREZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33163779X** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **12 de FEBRERO DE 2026** a las **13:30** 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.



