

FALLECIDO: Nombre ANTONIO SUÁREZ MIGUEL D.N.I. Nº 33019807-H
id. de los padres ANTONIO Y LEONOR
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 29- SEPTIEMBRE - 1934
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RUA DA MUIÑA, 3- STGO

Fallecimiento: Fecha: 00:15 horas del día 3 de MARZO de 2026
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. CELIA CALVO VILARINO (ESPOSA) D.N.I. _____
domiciliado en _____

EL SEÑOR
D/ña. ANTONIO SUÁREZ MIGUEL
(VECINO DE A MUIÑA - SAN LÁZARO - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 91 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a CELIA CALVO VILARINO

Hijos CARMEN Y JOSÉ SUÁREZ CALVO

Hijos políticos ENRIQUE COBELO LÓPEZ

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos TERESA (+), ROSSARIO, FRANCISCO (+), CARMEN, NÉLIA, NOLA Y MARUSA
SUÁREZ MIGUEL

Hermanos políticos S.

* AFILIADES: CELIA, NECHO Y ANTONIO
JACOBO Y CLAUDIA

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos S: Primos S:

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

ANTONIO MIGUEZ

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONAL-PAÍS
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
29 09 1934

APJ29745

VALIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01 01 9999

SMN

33019807H

Antonio Miguez



FALLECIDO

DOMICILIO/DOMICILIO
RUA. MUINA 3
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105959155

Colegio de A CORUÑA

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. GERARDO GARCIA
D. / Dña.

FRIJERO

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CORUÑA
SANTIAGO

con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151509228

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ANTONIO
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: SUANEZ
1er. Apelido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: MIGUEZ
2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 09 Año 1934
Data de nacemento: Día 29 Mes 09 Ano 1934

Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33019807-H
Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 00:15 Día 03 Mes 03 Año 2026
Hora e data da defunción: Hora : minutos 00:15 Día 03 Mes 03 Ano 2026

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

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐
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)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PARO CARDIO-RESPIRATORIO
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(c)
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) CANCINOMA DE RECTO-SIGMA GAYDO
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Debido a/Debido a

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practícouse 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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



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 **03** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ANTONIO SUÁREZ MÍGUEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33019807H** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **03 de MARZO DE 2026** a las **00:15** 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.



