

OTROS CONCEPTOS

UNA 40 RB: PAGADOR DE TU MUJO DE SYMA 0 TRV
TURIA: SILICONAS Y MASILLAS S.L. CIF: B 15528250
DO CLUCCEIRO DA COQUINA, 201-A - SANTIAGO CP: 15705
ARCEDO@SYMA.ES TEFN: 609928810
40RB: HAY PAGO 0 S. 704

ST: 212

(WED)

FALLECIDO: RAMÓN MANUEL CEREZO SUREX

Fecha de fallecimiento 20 DE NOVIEMBRE DE 2026

Domicilio: HOSPITAL CURECO - FORMARIS-ENFESTA

Teléfonos: 638 864 687 - Nacho E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'90	
Capilla ardiente X SQUINTAR	Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUW	
Carroza traslado X Hospital - Complejo		
Prensa X Radio (Martes)		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo X 1630 Iglesia Enfesta		
Certificado médico X Si	Registro Civil: X Stgo	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Enfesta - X Pinedo	
Iglesia X Enfesta		
Incineración	Urna X Campanero	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores X NO	Funera: X D. Tomás	
Flóres X Corona (RB): A tía Dona		
X Corona (RB): Os Teus fillos e fillas fillos		
X Centro 18 RB: Os Teus netos		
X Esquela en Iglesia		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

FALLECIDO: Nombre RAMÓN MANUEL CEREJO SUÁREZ D.N.I. Nº 331796101
id. de los padres ELVIRA
Naturaleza TOURO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 21 DE JULIO DE 1947
Profesión _____ Estado VIUADO Domicilio LUGAR FORMARIS, 15
ENFESTA - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 10:20 horas del día 20 de ABRIL de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio SAN CRISTÓBAL DE ENFESTA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Ramón Manuel Cerejo Suárez L SEÑOR Viudo (Viudo de Formaris - Enfesta - St)

falleció en _____ en el día de 20/4/26 a los 78 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Carmen Pazos Carril

Hijos Javier, Nacho e Moncho Cerejo Pazos

Hijos políticos Carmen Novais Domínguez, Rocio Barral Carallo, Verónica Iglesias

Padres _____

Abuelos Netos: Nicolás, Martina, Lina, Matto, Brasi e Anxo

Padres políticos _____

Hermanos José Antonio Cerejo Suárez

Hermanos políticos Maria Regina, Pilar & José, Gonzalo, Rosa -

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: Quintana

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
CEREIJO SUAREZ
NOMBRE / NOME
RAMON MANUEL
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
21 07 1947
NUM. SOPORTE
BHA179837 01 01 9999
DNI **33179610V**
Ramon Suarez **241216**

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. FORMARIS 15
ENFESTA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TOURO
A CORUÑA
NÚMERO DE FOLIO DE
ELVIRA

IDESPBA179837733179610V<<<<<<<
4707215M9901018ESP<<<<<<<<<<<<5
CEREIJO<SUAREZ<<RAMON<MANUEL<<

FALLECIDO

ES **REINO DE ESPAÑA** DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI **44812138L**
APELLIDOS / APELLIDOS
CEREIJO PAZOS
NOMBRE / NOME
IGNACIO
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP NACIMIENTO / NACIMENTO
03 12 1977
EMISIÓN / EMISSION
22 05 2024 VALIDEZ / VALIDADE
22 01 2030
NUM. SOPORTE
CHZ157238
Ignacio **646080**
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CONCELLO 3 P03 A
SIGUEIRO
OROSO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
NÚMERO DE FOLIO DE
RAMON / CARMEN

IDESPCHZ157238044812138L<<<<<<<
7712038M3001226ESP<<<<<<<<<<<<4
CEREIJO<PAZOS<<IGNACIO<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105974099

Colegio de

Sello/Carimbo

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ALBA GARCIA CATALAN

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513101

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

RAHON MAUVEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CEREIJO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SUAREZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 21

Mes 07

Año 1947

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón

Muller

Documento

de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

23179610-V

Documento

de identidad:

☐ 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

10:20

Día 20

Día

Mes 04

Mes

Año 2026

Año

¿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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INFECCION RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) TUMOR RENAL LOCALMENTE AVANZADO

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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 incineración

Si/Si ☒ 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 SAUTIAO, a 20 de ABRIL de 2026
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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 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

Otras recomendaciones

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

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 pola **causa imediata** 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 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 excluyentes, 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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4 Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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 ☐ ☐ 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

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.



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 21 de **ABRIL** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **RAMÓN MANUEL CEREIJO SUÁREZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33179610V** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **20 DE ABRIL DE 2026** a las **10:20** 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.



