

OTROS CONCEPTOS

Centro 18 rosas
PAGADO
Lola y familia
\$112,000.00

FALLECIDO: ALFONSO LAFUENTE CUADRAS

Fecha de fallecimiento 14 DE MAYO DE 2026

Domicilio H. CLINICO

Teléfonos: 649270954 Luz (Esposa)

E-mail:

ST-53
APR 15 2026
5:54 PM

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida 190
Capilla ardiente	T. Balmes 3	Sala Prep. 5° Libro 5°
Gestión funeraria	5°	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL TANATORIO	177'30
Prensa	Carroza n° Dos	110'70
Radio		210
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	NO id. SACE AL TANATORIO	
Certificado médico	5°	Registro Civil: Santiago 3
Carroza	Personal	183'35 / 110'70 / 183'30
Ayunt.º: Sepultura	BRION	130
Iglesia	San Felix de Brion	
Incineración	Urna: X Campana (SS)	700
Presencian	☐ SI ☐ NO	80
Cantores	X ECIPSA	Funeral: Doralle (JP) 170 (129891)
Floras	Centro 24 rosas rojas: Sin cinta	95
	Centro 24 rosas bl: Sin cinta	95
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		27'40 75'30

FALLECIDO: Nombre ALFONSO LAFUENTE CUADRAS D.N.I. Nº 46522104-G
id. de los padres ALFONSO Y DOLORES
Naturaleza BADALONA Provincia BARCELONA
Día, mes y año de nacimiento 12 DE ABRIL DE 1960
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio C/SA PEDRO DE MEZONAR
15 - 703 - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 04.10 horas del día 14 de MAYO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio _____ Ayunt.º _____

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

domiciliado en _____

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ 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


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105977560

Colegio de

Sello/Carimbo

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Pablo Pita Lopez
 D. / Dña.
 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 de Compostela

, con el número
co númeroColegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151513767

1ª colegiación
1ª colexiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ALFONSO
 Nome do falecido/a:
 1º Apellido del fallecido/a: LAFUENTE
 1er Apellido do falecido/a:
 2º Apellido del fallecido/a: CUADRAS
 2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 04 Año 1960
 Data de nacemento: Día 12 Mes 04 Ano 1960
 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 46522104-6
 Documento de identidade: ☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 04:10 Día 14 Mes 05 Año 2026
 Hora e data da defunción: Hora : minutos 04:10 Día 14 Mes 05 Ano 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? Santiago de Compostela
 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)
Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
 (a) FALLO MULTIORGÁNICO
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
 (b) FALLO HEPÁTICO
 Debido a/Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

(c)
 Debido a/Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
 (d) CARCINOMA DE COLON
 Debido a/Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☐ Sí / Si ☒ No / Non
 ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse 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 de tráfico ☐ Sí / Si
 Accidente laboral ☒ No / Non
 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 **15** de mayo de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ALFONSO LAFUENTE CUADRAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **46522104G** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **14 DE MAYO DE 2026** a las **04:10** 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.



