

OTROS CONCEPTOS

1. 18. **PAGADO** Marcos' ejed.
 1. **PAGADO** " ejed.
 1. 18. **PAGADO** Planasco, Ana y Litane " ejed.

otro modo: Tus compañeros del Calle de Costa 670
PAGADO S. 18. 1899

7a 762
 Correo Celoso N°2 210 + IVA

FALLECIDO: MANUEL CAMINO SUÁREZ

Fecha de fallecimiento 20 DE MAYO DE 2026

Domicilio 14. CÚNICO - SANTIAGO (Cabo-Tea)

Teléfonos: 687586701 - FRANCISCO E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	Redonde C-1 Medida 1'90.	785'90
Capilla ardiente	T. CALO 2 Sala Prep. Libro	SI
Gestión funeraria	si	☒ Tramitación UUV
Carroza traslado	HOSPITAL - TANATORIO	
	X CORREO N°2 (Nueva) FAMILIA (DORSO)	
Prensa		
Radio	X 1 vez miércoles, X 2 vez jueves	234'12
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO Extracción (ARCABES)	(XANTOL) (72)
Turismo	16:30 id. Recoger en Iglesia (Jesecho)	
Certificado médico	X SI	Registro Civil: SANTIAGO
Carroza	Personal	24'80
Ayunt.º: Sepultura	NO TO	100
Iglesia	SAN JUAN DE CALO	60'00
Incineración	CAMPANERO Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	NO Funerai: SACARIAS	X 140 (13029)
	X CORONA ROSAS ROSAS: TUS HERMANOS Y HERMANOS POLITICOS	292
Flores	X CORONA ROSAS BUENDAS: TUS SOBRINOS.	
Documentación tfa entregada ejed.		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

ST-262
 CORONA CARBOLAN
 1994 1928

ENTREGA FACTURA DE ESCUELA Y ALTERNAS EN ENTREGA

FALLECIDO: Nombre MANUEL CAMINO SUÁREZ D.N.I. Nº 33218331-Y
id. de los padres ALFREDO / DOLORES
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 4 DE MAYO DE 1955
Profesión _____ Estado SOLTERO Domicilio CARBALLAL 100 - CALO
TEO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 1/35 horas del día 20 de MAYO de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. FRANCISCO JOSÉ CAMINO SUÁREZ (SOBRINO) D.N.I. 33290891 R
domiciliado en CARBALLAL, 35 - CALO - TEO

D/ña. Manuel Camino Suárez SEÑOR (Veiano de Carballedo - Tco.)

falleció en _____ en el día de 20/5/2026 a los 71 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ANA, JOSEFA EUGENIA, ALFREDO, GLORIA Y
CESAREO CAMINO SUÁREZ

Hermanos políticos GERMÁN VÁZQUEZ SONEIRA, ÁNGEL JOSÉ RÍO GONZALEZ,
TERESA RECOUSO GONZÁLEZ Y MARÍA DEL CARMEN VILLAVERDE CASTRO,

Nietos - Bisnietos - Tíos - Sobrinos Si Primos Si

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

APELLIDOS / APELIDOS
 CAMINO
 SUAREZ
 NOMBRE / NOME
 MANUEL
 SEXO / SEXO
 M
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
 04 05 1955
 PLACE / PLACET
 201161685
 VALIDEZ / VALIDEZ
 05 10 2026

DNI 33218331Y

[Handwritten signature]

694592

DOI: 10.1002/for

LGAR. CARBALLAL 100

CALO
TEO
A CORUÑA

05771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA

MAJDA DE / FILLOA DE
ALFREDO / DOLORES

IDESPBCI161685833218331Y<<<<<
5505049M2610058ESP<<<<<<<<<0
CAMINO<SUAREZ<<MANUEL<<<<<<<<

FALLECIDO

DNI 33290891R

APELLIDOS / APELIDOS
 CAMINO
 SUAREZ
 NOMBRE / NOME
 FRANCISCO JOSE
 SEXO / SEXO
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 19
 ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
 21 06 1972
 NUM IDENTIFICACION / IDENTIFICACAO
 ESP158542
 VALIDADEZ / VALIDADEZ
 09 06 2026

NON SUPPORTO	VALIDEZ / VALIDEZ
SBP158542	09 06 2026

901248

www.elsevier.com/locate/jnlp

GAR. CARBALLAL CALO 35

TEO
A CORUÑA

15771691
Ogilvy & Mather

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
TEO
A CORUÑA

HUJONA DE / FILLOJA DE
JOSE / DORINDA

IDESPBBP158542433290891R<<<<<
7206214M2606093ESP<<<<<<<<<0
CAMINO<SUAREZ<<FRANCISCO<JOSE<

SOLICITANTE (SOBRINO)

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO S.L.
Ubicación del establecimiento: RUA BOISACA, 11 - SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: DAVID DOMINGUEZ REY	DNI: 33293470 G
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado Nº 12/1700003550/SANP0108	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: MANUEL CAMINO SUÁREZ		Nacionalidad: ESPAÑOLA	
Dni/NIE/Pasaporte: 33218831Y	Sexo: HOMBRE	Edad: 71	Fecha nacimiento: 04-05-1955
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 20 DE MAYO DE 2026, A LAS 01:35 HORAS EN HOSPITAL CLÍNICO			
Causa fallecimiento: NATURAL			
Destino final: CEMENTERIO SAN JUAN DE CALO – TEO (A CORUÑA)			

Siendo las 09:45 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 20 de mayo de 2026

El profesional que realiza la técnica
DAVID DOMINGUEZ REY
33293470G
TANATOPRACTOR
12/1700003550/SANP0108

David Domínguez Rey
33293470G

Sello, nombre y Firma Representante de empresa



Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105797125

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

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

Pontevedra

con el número

co número

Santiago de Compostela

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

363605769

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

NANDER

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CAMINO

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SUAREZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 04

Mes 05

Año 1955

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33218331-Y

Documento
de identidad:☐

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 e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

01:35

Día 20

Mes 05

Año 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 ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) Insuficiencia respiratoria. Edema agudo de pulmón. Parada cardiaca - respiratoria

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Cardíaca. Insuficiencia pulmonar

Debido a/Debido a

(c) Pulmonar. Hemorragia

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) Insuficiencia arterial. AC en FA.

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

(e) HTA. Dislipemia

¿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
Accidente de tráficoNo/Non ☒
Sí/Si ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒
Sí/Si ☐Fecha del mismo:
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 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
En

Switz

20

de
de

5

de
de

2028

Firma del médico
Sinatura do médico

[Signature]

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 anota 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

Horas ☐ ☐ 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **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 Defunção.

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 defunção, 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 defunção. 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.Emplegar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- 2.Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- 3.Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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 mayo de 2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MANUEL CAMINO SUÁREZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33218331Y** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **20 DE MAYO DE 2026** a las horas **01:35** 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.



