

OTROS CONCEPTOS

Corona 40RB Tu hermana Tránsito y Sabinas
635257136 (paga hijo de la difunta)

JOSE CUTRIN GUETEIRO 1969

245 X Solutiva DADO RLY

FALLECIDO: MARIA SUAREZ FERNANDEZ

Fecha de fallecimiento 14 - JUNIO - 2006

Domicilio H. CORRAL

Teléfonos: 660030696 (I. MANUEL) E-mail: 677055420 XORE (VENERO)

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	CA' CRISTAL	Medida 1'00	853 - 62675
Capilla ardiente	MULTIUSOS	Sala Prep. Si Libro Si	500 55 2895
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	X Hospital al Complejo - 7 traslado a Vedra		21320 XX
Prensa	X GOREO MAD 2' LUNES		210
Radio	X JUANES (Jiménez)		134
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	—		
Turismo	id. cura Sal. Taurantio		
Certificado médico	X Si	Registro Civil: SANTIAGO	3
Carroza	SI	Personal	18290 r 9095
Ayunt.º: Sepultura			225 r 1650
Iglesia	SANTA EULALIA DE VEDRA		
Incineración	—	Urna: —	130º
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino X NIELO	
Cantores	X Si (avisar piso)	Funeral: X PISO	X 230 - (131902)
Flores	X ROSA BLANCAS "TUS HIJOS E HILLO BUENOS"		146
	X CANOBA BLANCA "TU NIETA"		146
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario			2770 153

FALLECIDO: Nombre MARIA SUAREZ FERNANDEZ D.N.I. Nº 33174523-J
id. de los padres MANUEL y PERFECTA
Naturaleza TEO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 03-01-1942
Profesión Estado VIUDA Domicilio MANTELES DE ARRIBA
Nº 16 - VEDRA A CORUÑA

Fallecimiento: Fecha: 1604 horas del día 14 de 06 de 2026
Domicilio H. CONXO -
Cementerio SANTA EULALIA DE VEDRA Ayunt.º VEDRA.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

LA SEÑOR

D/ña. MARIA SUAREZ FERNANDEZ
UDA DE MANUEL CUTRIN PARDO - VECINA DE VEDRA

falleció en en el día de a los 87 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos PILAR E JOSE MANUEL CUTRIN SUAREZ

Hijos políticos JOSE SEIJAS FORMOSO

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos CONSUELO (+), LOLA (+), ENGRACIA, JOE E TINO SUAREZ FERNANDEZ

Hermanos políticos Si

Nietos SARA SEIJAS CUTRIN

Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción Y DEMAS FAMILIA

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

VEDRA X TROBE Y S. MIGUEL DE SARANDÓN (JIMENEZ)

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / APELLIDOS
SUAREZ
FERNANDEZ

Nombre / NOME
MARIA

SEXO / SEXO F **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE** ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
03 01 1942

NUM BOPORT BMC165890 **VALIDEZ / VALIDEZ** 01 01 9999

Maria Suarez 512064

DNI 33174523J

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. MANTELES 16
VEDRA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / PERFECTA

EQUIPO / EQUIPO
1577116D1

IDESPBMC165890833174523J<<<<<<<
4201034F9901018ESP<<<<<<<<<<<<9
SUAREZ<FERNANDEZ<<MARIA<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / APELLIDOS
CUTRIN
SUAREZ

Nombre / NOME
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO M **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE** ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
30 03 1976

NUM BOPORT BMC165889 **VALIDEZ / VALIDEZ** 01 07 2030

J M CUTRIN 241088

DNI 44809583V

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. MANTELES 16
VEDRA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
VEDRA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / MARIA

EQUIPO / EQUIPO
1577116D1

IDESPBMC165889444809583V<<<<<<<
7603307M3007011ESP<<<<<<<<<<<<6
CUTRIN<SUAREZ<<JOSE<MANUEL<<<<

SOLICITANTE (HIJO)



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 **JUNIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MARÍA SUÁREZ FERNÁNDEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33174523J** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **14 DE JUNIO DE 2026** a las **16:54** 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.



105951397

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

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

A CORUÑA

con el número
co número

SANTAGO DE COMPOSTELA

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

151514497

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARÍA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

SUÁREZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

FERNÁNDEZ

Fecha de nacimiento

Día

03

Mes

01

Año

1942

Sexo:

Varón

Mujer

☒

Data de nacemento

Día

03

Mes

01

Año

1942

Sexo:

Varón

Muller

☒Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33174523-J

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 : minutos

16:54

Día

14

Mes

06

Año

2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

16:54

Día

14

Mes

06

Año

2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: SANTAGO 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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO

Horas

Días

Meses

Años

DE SELLO ESTADÍSTICO

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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 laboral

No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/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?

Sí/Sr ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa _____

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Sr ☐ 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 SANTIAGO, a 14 de junio de 2026
 En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
 Sinatura do médico

[Firma manuscrita]

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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 cumprimento 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 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 ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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. Anotarase 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 ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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 ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.