

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: MANUEL VILLAYERDE SUAREZ
Fecha de fallecimiento 5-8-2026
Domicilio PRAZA CHAVIAN N°2-3-J-BERTANIRANS
Teléfonos: 659364222-(José) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo X CD	Medida 1'90	
Capilla ardiente X BERTANIRANS 3	Sala Prep X Si Libro NO	
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado X DOMICILIO-T. BERTANIRANS		
Prensa NO		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo NO id. SAG ALTAZAROS		
Certificado médico X Si	Registro Civil: X ANES	
Carroza Personal		
Ayunt.º: Sepultura ANES	X No Cambio cenizas	
Iglesia SANTO TOMAS DE ANES		
Incineración	Urna:	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino 135277	
Cantores X ANA	Funeral: 142	
Flóres X CENTRO 18R/B: TA FAMILIA		
X ENCIMA CAJA		
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: Nombre MANUEL VILLAVERDE SUÁREZ. D.N.I. Nº 33191759-B
id. de los padres JESÚS Y MARÍA MANUELA
Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 11-12-1948
Profesión _____ Estado DIVORCIADO Domicilio PRAZA DE CHAVIÁN Nº2
3ºI - BERTAMIRÁN - AMES
Fecha: 20:30 horas del día 5 de AGOSTO de 2026
Fallecimiento: Domicilio DOMICILIO - PRAZA DE CHAVIÁN Nº2 - 3ºI - BERTAMIRÁN - AMES
Cementerio SANTO TOMAS DE AMES Ayunt.º AMES

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

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

L SEÑOR
D/ña. MANUEL VILLAVERDE SUÁREZ.

falleció en VECINO DE BERTAMIRÁN - AMES en el día de 5-08-2026 a los 78 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

TU FAMILIA

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción ~~VENECIA~~ JUEVES SEIS Y MEDIA

Funerales _____

en la iglesia de SANTO TOMÁS DE AMES

CASA MORTUORIA: APOSTOL 3

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOMICILIO / DOMICILIO
PRZA. CHAVIAN 2 1 3 PD3 I
BERTAMIRANS
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
AMES
A CORUÑA

HUOIA DE / FILLOIA DE
JESUS / MARIA MANUELA

IDESPBMV107570433191759E<<<<<<
4812111M9901018ESP<<<<<<<<<8
VILLAVERDE<SUAREZ<<MANUEL<<<<

SOLICITANTE

SUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
AMES
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA
HEMERA DE / FAMILIA DE
JESUS / MARIA MANUELA
HEMERA DE / DONAMEN
LGAR. PROUPIN 18
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
AMES
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA PAIS
A CORUÑA

IDESPARL167241133173106E<<<<<
4405290M9901018ESP<<<<<<<<<2
VILLAVERDE<SUAREZ<<JOSE<<<<<<

OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

L4VKCENHQI

Id. electrónica/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

103634880

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiatura
Nº de colegiatura

D./Dña. JUAN ROZAS PICKEL, licenciado

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A Coruña

, con el número

153203378

en Medicina e Cirurgia, colegiado/a en

, co número

y con ejercicio profesional en

Bertamirá

1º colegiación
1º colegiación

e con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

USUVERDE

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SILVERE

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

Documento

☒☐☐☐☐☐

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

Otro lugar

Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado

Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

PAQUIDEMIA CARDIORESPIRATORIA

II. Otros procesos / Outros procesos

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

DIABETES

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

SI/SI ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

SI/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 tráfico

No/Non ☒SI/SI ☐

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non ☒SI/SI ☐

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

En AMES

En

, a

, a

de

de

agosto

agosto

de

de

2026

2026

Firma del médico

Sinatura do médico

6072692

6072692

DR. JAVIER ROZAS

DR. JAVIER ROZAS

Mod. CMD-BED-G

000000

000000

000000

(ver instrucciones en página 2)

(consultar instrucións na páxina 2)

01

CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido

LICENZA DE ENTERRAMENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. **20260806/008469**
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **don MANUEL VILLAVERDE SUÁREZ** con Documento Identificativo DNI **33.191.759-E**, co derradeiro enderezo coñecido na **praza de Chavián 2, 3ºI, Bertamiráns, Ames, A Coruña, España**, segundo a certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **5 de agosto de 2026**, ás **20:30 horas**, ocorrida no enderezo anterior; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura/cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **6 de agosto de 2026**

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
06/08/2026 10:32

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
María Manuela García Jalon de la Lama

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:JHA8-VhAx-\$msZ-BEHc

