OTROS CONCEPTOS

ahora 24 R.R. Familia de el Pedroso **PAGADO** recep.

FALLECIDO: ROSARIO MATA VARELA

Fecha de fallecimiento 29 DE DICIEMBRE DE 2023

Domicilio HOSPITAL DE CONXO

Teléfonos: 650847043 - Mª Pila   E-mail: marima48@gmail.com

SF-487 / SI-5C / 1340012509 OCASO SA ANA Anuestro 01202320065362 3250E

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo E1 (Sin Cristo) Medida 1'90	582 / 610 + 52
Capilla ardiente QUINTANA Sala Prep. Sí Libro	26'90
Gestión funeraria Sí ☐ Tramitación UUVV	166
Carroza traslado ✗ HOSPITAL DE CONXO - COMPLEJO	102
Prensa Correo, 2	
Radio —	
Recordatorios fúnebres / tarjetas —	
Ómnibus acompañamiento —	
Turismo id. Sale al Complejo	45
Certificado médico ✗ Sí Registro Civil ✗ Stgo	3
Carroza sí Personal sí	124 / 116'50
Ayunt. ✗ Sepultura Boisaca 7436 - ✗ González	150
Iglesia Capilla Complejo	145
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores Funeral: Familia	60
Flores: CRB 1 MG Tu familia	80
CE. Gaja RB1 Tu familia (18R)	135
1 Centro 18 RB: Sin Cinta	25'90
1 Centro 18 RB: Sin Cinta	70
☒ Sudario ☑ Cubredifuntos ☑ Acondicionamiento ☐ Rosario	(familia)

Sábado 10:00

Entierro en el nicho de arriba

FALLECIDO:

Nombre ROSARIO MATA VARELA D.N.I. Nº 33016986 A

id. de los padres JUAN Y ROSARIO

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 17 DE ENERO DE 1933

Profesión .... Estado Soltera Domicilio c/San Pedro de Mezonzo, 17 4°B - Santiago

Fallecimiento:

Fecha: 05:30 horas del día 29 de DICIEMBRE de 2023

Domicilio HOSPITAL DE CONXO

Cementerio Boisaca Ayunt.º ....

Cónyuge: .... Nombre ....

LIBRO DE FAMILIA .... Tomo ....; Página ....

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

domiciliado en ....

L SEÑOR

D/ña. Rosario Mata Varela

falleció en Santiago en el día de 29/12/23 a los X años

confortado con los Auxilios Espirituales ....

Su esposo/a ....

Hijos Hermanos: Juan y María Pilar y Miguel Ángel (+) Mata Varela

Hijos políticos Hermanos políticos: Raquel López Pacios;

Padres Sobrinos: Fuco, y Rocío; Raquel y Toño y Ana, Gonzalo y Alma y Miguel María y Al

Abuelos ....

Padres políticos ....

Hermanos ....

Hermanos políticos ....

Pilar Varela Martínez -

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

(NO)

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
MATA
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
VARELA
NOMBRE / NOME
ROSARIO
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
17 01 1933
IDESP
ADP119017
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33016986A

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
JUAN / ROSARIO
DOMICILIO / DOMICILIO
C. SAN PEDRO DE MEZONZO 17 PO4 B
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE CONCELLO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15381A6D1

IDESPADP119017333016986A<<<<<<
3301177F9901018ESP<<<<<<<<<<<8
MATA<VARELA<<ROSARIO<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
MATA
VARELA
NOMBRE / NOME
MARIA PILAR
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
12 08 1948
SUB SOPORT
BJC164720
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 33185934Q
629760

DOMICILIO / DOMICILIO
C. SAN PEDRO DE MEZONZO 17 PO4 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JUAN / ROSARIO

IDESPBJC164720033185934Q<<<<<<
4808123F9901018ESP<<<<<<<<<<<8
MATA<VARELA<<MARIA<PILAR<<<<<<

SOLICITANTE (HERMANA)

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

GKJI4QL502

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de* La Coruña

Sello/*Carimbo*

104947399

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. / *D. / Dna.* Suyapa Margarita Matamoros Varela

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* La Coruña, con el número / *co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Santiago de Compostela

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15085738 3

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** ROSARIO

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** MATA

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** VARELA

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 17 — Mes / *Mes* 01 — Año / *Ano* 1933

Sexo: / ***Sexo:*** Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33916986-A

☐ 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* 05:30 — Día / *Día* 29 — Mes / *Mes* 12 — Año / *Ano* 2023

¿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* ☐

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / *Intervalo de tempo aproximado*[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) ABSCESOS HEPATICOS — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) CARCINOMA UROTELIAL ESTADIO IV — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* ☒ 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* Santiago de Compostela, a / *a* 29 de / *de* Diciembre de / *de* 2023

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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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

II

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 10

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** 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 transcorrido 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 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 10

II

5 *Outros procesos:*

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 5

Outras 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de Rosario Mata Varela, con documento identificativo DNI, 33016986A según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 29 de diciembre de 2023 a las horas, 05:30 acaecida en Santiago

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 29 de diciembre 2023.

SANTIAGO DE COMPOSTELA • REGISTRO CIVIL

Folio trescientos treinta y uno

NÚM. 931

REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO

DISTRITO DE SANTIAGO

NOMBRES Y APELLIDOS

Rosario Mata Varela

Se extendió certificación para el D.N.I. de Identidad 23 Marzo 1970

En la ciudad de Santiago, provincia de La Coruña, a las dueo y ocho y veinte del día dueo y ocho de Enero de mil novecientos treinta y tres Ante D. Agustín Fuentes Míguez, Juez municipal y D. Manuel Vazquez Cas-, Secretario, se procede a inscribir el nacimiento de una niña ocurrido a las dueo y seis del día de ayer en la calle de las Huérfanas núm. 36 piso —; es hija de Juan Mata Pulleiro, de treinta y un años, jornalero y de Rosario Varela Carreira, de veintitres años, su esposa, naturales él de esta ciudad y ella de Cuba; y vecinos de la primera

nieta por línea paterna de Domingo Mata y Dominga Pulleiro, naturales de Ordenes y Carbia; y por línea materna de Ramón Varela y Carmen Carreira, difunta, naturales y vecinos de Arzua y Galada

y se le ponen los nombres de Rosario Mata Varela

Esta inscripción se practica en este Registro civil

REGISTRO CIVIL SANTIAGO DE COMPOSTELA

en virtud de manifestación verbal del padre del nacido

y la presencian como testigos D. Juan Pintos Valeiras, mayor de edad casado, domiciliado en la Rua de San Pedro núm. 44, y D. Pastor Mendes Rey, mayor de edad casado, domiciliado en la calle de la Cuesta Nueva núm. 21.

Leída esta acta se sella con el de este Juzgado y la firma del Sr. Juez con los testigos y el declarante

de que certifico.

Juan Mota Pulleiro

Juan P. Valeiras

P. Méndez

El Secretario,
Manuel Vázquez Castro

Registro Civil de Santiago de Compostela.- CERTIFICO que la certificación literal, expedida con la autorización prevista en el artículo 26 del Reglamento del Registro Civil, contiene la reproducción íntegra del asiento correspondiente obrante en el Tomo 141 E la Sección 1ª de este Registro Civil. Y se expide para los asuntos en los que sea necesario probar la filiación. Sin que sea admisible a otros efectos.
Santiago de Compostela a 29 DIC 2023

REXISTRO CIVIL SANTIAGO DE COMPOSTELA

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

25 Pts. SANTIAGO DE COMPOSTELA TIMBRE MUNICIPAL

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Habiendo satisfecho la cantidad de QUINCE MIL (15.000) - - - - - - - - - - - - - - - - - - *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a perpetuidad de la sepultura en* tierra *de* segunda *clase, número* 7436, *del Cementerio Municipal de Boisaca.*

Se otorga a D. Juan Mata Pulleiro, esposa e hijos- -

la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día seis *de* octubre *de mil novecientos* ochenta y uno *con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.*

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a dieciseis *de* Octubre *de mil novecientos* ochrnta y uno.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE, **EL SECRETARIO GENERAL,**

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra **de** segunda **clase, señalada con el número** siete mil cuatrocientos treinta y seis **del Cementerio Municipal de Boisaca.**