

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: SOFÍA ROZAS FERNÁNDEZ (web)
Fecha de fallecimiento 07 DE ABRIL DE 2024
Domicilio RESIDENCIA VOLTA DO CASTRO
Teléfonos: 695.1122.83 - MONTSE (HUB) mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo <u>X C1 Mate</u> Medida <u>Cenada</u>	854.38
Capilla ardiente <u>S. Conantes</u> Sala Prep. <u>si</u> Libro <u>si</u>	648 + 53 + 2170
Gestión funeraria <u>si</u> ☐ Tramitación UUV	170
Carroza traslado <u>RESIDENCIA - COMPLEJO</u>	10590
<u>HARTES</u> Prensa <u>X Cerco 2</u>	205
<u>12:00</u> Radio <u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>15 Retirada lapida (Lun 12:00)</u>	150
Turismo id. <u>Sale al tractor</u>	45
Certificado médico <u>X si</u> Registro Civil <u>SANTIAGO</u>	3
Carroza <u>si</u> Personal <u>si</u>	120 + 114 17540
Ayunt.º: Sepultura <u>Boisaca Sep 3834</u>	
Iglesia <u>X Capilla Complejo</u>	149
Incineración <u>—</u> Urna: <u>—</u>	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino <u>—</u>	60
Cantores <u>NO</u> Funeral: <u>X D. Victor Toad</u>	140
<u>Flóres</u> <u>X Corona R: Tus hijos</u>	140
<u>X Corona R: Tus hijos políticos</u>	80
<u>X Centro 18 R (Evima): Tus nietos</u>	
<u>X Esquela en domicilio (Pamela Carmela) y San Juan</u>	
<u>X Sudario</u> ☐ Cubrefuntos <u>X</u> Acondicionamiento ☐ Rosario	2680

Recoger centros a
enfrentar abajo

Corones; 1 centro; Prensa 2; 6to inhumación y sep. religiosa;
us; j recordat; cada sacer.
1998 → Reduccion / 33299135 B Victor Manuel (hijo)

22'10
15'80

2 Bolsa Restos

FALLECIDO: Nombre SOFÍA ROZAS FERNÁNDEZ D.N.I. Nº 33163160-N
id. de los padres JOSÉ / CAMILA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 08 DE ABRIL DE 1943
Profesión _____ Estado V Domicilio RUA DE ILDEFONSO SÁNCHEZ
MEZA, Nº 7 - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 21:30 horas del día 07 de ABRIL de 2024
Domicilio RESIDENCIA VOLTA DO CASTRO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

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

domiciliado en _____

D/ña. Sofía Rozas Fernández L SEÑOR (viuda de Carlos Varela Folla)
(vecina de Avda de Castela 28 - Stgo)

falleció en _____ en el día de 7/4/24 a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos : José Carlos, Javier (+), Benjamin, Víctor Manuel y Montserrat
Varela Rozas

Hijos políticos : Lauder Seijas, Yolanda Agrelo y Jesús Garro.

Padres - Adrián. Diego, Adrián, Aroa y Andrea.

Abuelos -

Padres políticos -

Hermanos : si

Hermanos políticos si

Nietos _____ Bisnietos no Tíos - Sobrinos si Primos si

y demás familia.- Conducción _____

Funerales Martes a las doce

en la iglesia de Capela Complexa Apostol

CASA MORTUORIA: S. Cervantes

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
ROZAS
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
FERNANDEZ
NOMBRE / NOME
SOFIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
08 04 1943
IDESP
AJL122267
VALIDO HASTA / VALIDO ATÁ
30 05 2021

RFS

Sofia Rozas

DNI NÚM.
33163160N



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVÍNCIA
A CORUÑA
HIJOS DE / FILHOS DE
JOSE / CAMILA
DOMICILIO / DOMÍLIO
AVDA. CASTELAO 28 P01 1Z
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMÍLIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVÍNCIA
A CORUÑA
15771L6D1

IDESPAJL122267233163160N<<<<<<<
4304083F2105301ESP<<<<<<<<<<<<0
ROZAS<FERNANDEZ<<SOFIA<<<<<<<<<

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

44810764W

DNI 44810764W

APELLIDOS / APELIDOS
VARELA
ROZAS
NOMBRE / NOME
MONTSERRAT
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
NACIMIENTO / NACIMENTO
27 04 1975
EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
12 01 2023 12 01 2033
NÚM SOPORTE
CED182078

125952

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DOMICILIO / DOMÍLIO
AVDA. PEREGRINA 21 07 PBJ A
AMES
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
HIJOS DE / FILHOS DE
CARLOS / SOFIA

IDESPCED182078144810764W<<<<<<<
7504275F3301122ESP<<<<<<<<<<<<2
VARELA<ROZAS<<MONTSERRAT<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

W18X0HV6NG

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105424084

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

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

SANTIAO DE COMPOSTELA

, con el número

, co número

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

8356

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

SOFIA

ROZAS

FERNANDEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 08

Día 08

Mes 04

Mes 04

Año 1943

Año 1943

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33163160-N

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

21 : 30

21 : 30

Día 07

Día 07

Mes 04

Mes 04

Año 2024

Año 2024

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

SANTIAO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐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 Seu, a 7 de Abril de 2024

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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 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 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 transcurrido 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Anos

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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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.



**NCELLO DE
ANTIAGO**

TITULO DE CONCEPCIÓN

SELO MUNICIPAL

14/9/93 H000A0009 TOTAL 5

14:15

.100

.100

14 SET. 1993

Da SEPULTURA Nº 3834, ubicada no treito E, sección 3, fila 1, nº de orde 9, no cemiterio municipal de Boisaca a nome de DNA. SOFIA ROZAS FERNANDEZ e fillos: D. JOSE CARLOS, D. JAVIER, D. BENJAMIN, D. VICTOR-MANUEL e D. MONTSERRAT VARELA ROZAS.-----

Concedida por Decreto da Alcaldía con data 18 de agosto de 1993, coa facultade de usa-la sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 20 de agosto de 1993

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL



Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO,
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don SOFA ROZAS FERNÁNDEZ
a defunción de don/a
ocurrida a las 21:30
ocorrida ás

horas del día 7
horas do día

de ABRIL de 2024
de

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:

do fallecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
vintecatro horas do fallecemento

Registro Civil de SANTIAGO
Rexistro Civil de

A 8 de ABRIL
O de
de 2024
de

(El Juez)
(O xuíz)



