OTROS CONCEPTOS

Alti Centro FM Oscarín, Para Pío, Gaiteiro • Web

PAGADO 5.430

+ Javier Ouro Alvarez + 30/08/1998

1324

FALLECIDO: Ana Maria Ouro Rodriguez

Fecha de fallecimiento 7- Octubre- 2024

Domicilio R/do Franco, 50 - 2º A - Santiago

Teléfonos: 669 941810 - Pablo E-mail: pablo_ouro@gmail

CONCEPTOS	Servicio prest
Arca modelo C-1 Medida 1'90	
Capilla ardiente S. Toural Sala Prep. — Libro Si	
Gestión funeraria Si ☒ Tramitación UUVV Si	
Carroza traslado Domicilio - Complejo	
Prensa CORREO 2 (GRACIAS)	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas —	
Ómnibus acompañamiento —	
Turismo id. Sale en su coche	X
Certificado médico Si Registro Civil: Santiago	
Carroza Clásico grande Personal	
Ayunt.º: Sepultura Boisaca Sep. 5.424 Pinelo 10:30	
Iglesia Capilla Complejo	
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores NO Funeral: PISO	X 60/896
Flores Corona R.B "Tu madre y hermanos"	
ENTREGAR DNI + T. SANITARIA + LIBRO FAMILIA + TITULO (Solicitante)	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento NO ☐ Rosario	

MARTES 18:15

DETRAR RESTOS MUSEO DE ABAJO

ENTERRAR: cuerpo Abajo

NO SE LE TOCO — NO SE PREPARO

FALLECIDO:

Nombre Ana Maria Ouro Rodriguez D.N.I. Nº 33258425B

id. de los padres Javier y Edita

Naturaleza Santiago Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 26-12-1963

Profesión Estado Soltera Domicilio R/ do Franco, 50 2ºA.

Fallecimiento:

Fecha: 22:30 horas del día 7 de Octubre de 2024

Domicilio C/ do Franco, 50- 2ºA- Stgo

Cementerio Boisaca Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre —

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. Pablo Ouro Rodriguez ( ) D.N.I. 33290087W

domiciliado en C/ Rodrigo de Padron, 10 - Stgo

L SEÑOR

D/ña. ANA MARÍA OURO RODRIGUEZ

falleció en en el día de 7/10/2024 a los 100 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a —

Hijos —

Hijos políticos —

Padres EDITA RODRIGUEZ RIVAS (VDA DE JAVIER OURO ALVAREZ)

Abuelos —

Padres políticos —

Hermanos JAVIER, PABLO Y ALFONSO OURO RODRIGUEZ

Hermanos políticos —

Nietos — Bisnietos — Tios Si Sobrinos — Primos Si

y demás familia.- Conducción MARTES

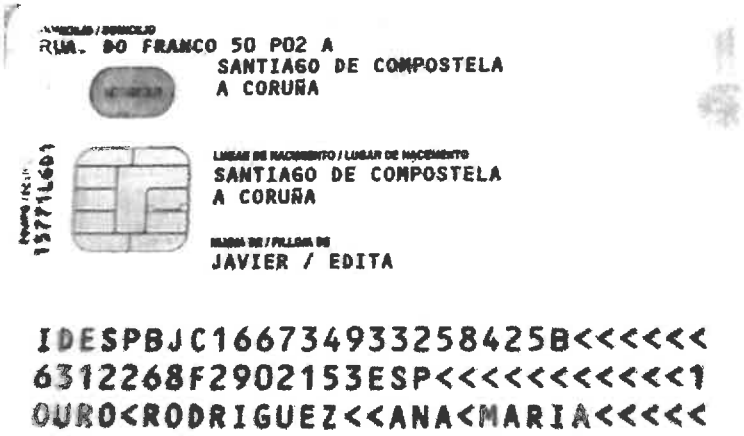
Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO

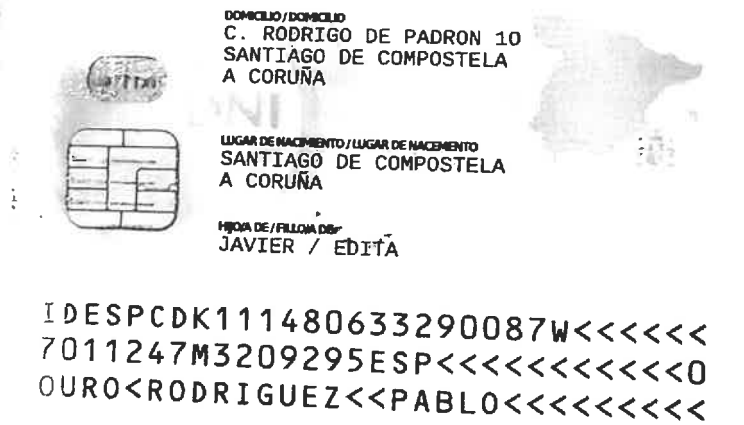
CASA MORTUORIA: SALA TOURAL

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



FALLECIDA



DECLARANTE (HERMANO)

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, D. Javier Ouro Alvarez, esposa e hijos.- *ha satisfecho la cantidad de* CINCO MIL. - - - - - - - - - - *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de propiedad de la sepultura en* tierra *de* primera *clase del Cementerio municipal de* Boisaca *número* cinco mil cuatrocientos veinticuatro.-

Por tanto, se concede a don Javier Ouro Alvarez, esposa e hijos.- *el derecho de propiedad 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* ----veinticinco--- *de* mayo--- *de mil novecientos* setenta y dos.- *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.*

En los casos de traslación de dominio por herencia, venta o donación, debe darse conocimiento a la Excma. Corporación Municipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio 5424 *del Libro correspondiente.*

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a cinco *de* Junio--- *de mil novecientos* setenta y dos.-.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE, EL SECRETARIO,

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Título de propiedad de la sepultura en tierra **de** primera **clase del Cementerio Municipal de** Boisaca **señalado con el número** cinco mil cuatrocientos veinticuatro(5.424)

DUPLICADO

Titular o titulares del libro (1) / Titular ou titulares do libro (1)

Don / Don Javier
Ouro y Alvarez.–
nacido el día / nacido o día 01 *de / de* Junio *de / de* 1932.–
en / en Antas de Ulla Lugo.–
(provincia)
hijo de / fillo de Cesar.– *y de / e de* Segunda.–
estado civil (2) / estado civil (2) soltero.–

Doña / Dona Edita
Rodríguez y Rivas.–
nacida el día / nacida o día 13 *de / de* Enero *de / de* 1932.–
en / en Sober Lugo
(provincia)
hija de / filla de José.– *y de / e de* Soledad.–
estado civil (2) / estado civil (2) soltera.–

(1) Tómense estos datos de la inscripción de matrimonio o, en su defecto, de la inscripción de nacimiento de los hijos.
Tómense estes datos da inscrición de casamento ou, no seu defecto, da inscrición de nacemento dos fillos.
(2) Y la nacionalidad, si no es la española.
E a nacionalidade, se non é española.

REGISTRO CIVIL DE / REXISTRO CIVIL DE SANTIAGO
TOMO / TOMO 59
PAG. / PAX. 274

PUEBLO DE / LOCALIDADE DE SANTIAGO
PROVINCIA DE / PROVINCIA DE A CORUÑA

Los titulares de este libro han contraído MATRIMONIO
Os titulares deste libro contraeron CASAMENTO
el día / o día 21 *de / de* Octubre *de / de* 1962.–
(1)

Sello y fecha:
Selo e sinatura:
Certifica(n) y firma(n) D./D.ª
Certifica(n) e asina(n) D./Dna.

REGISTRO CIVIL SANTIAGO DE COMPOSTELA

- 3 FEB. 2001
Oficial: Mª ADELA GOYANES GARCIA

(1) Si hubiera otorgado capitulaciones matrimoniales, se indicará la fecha de la escritura, lugar del otorgamiento y nombre del Notario autorizante. Otras observaciones.
Si tivesen outorgado capitulacións matrimoniais indicarase a data da escritura, lugar do outorgamento e nome do notario autorizante. Outras observacións.

1 **Hijo/Fillo**

Nombre
Nome Ana-María. –

Apellidos
Apelidos Ouro y Rodríguez. –

hijo de Javier. – *y de*
fillo/a de *e de* Edita. –

Nació el día 26 *de* Diciembre *de* 1963. –
Naceu o día *de* *de*

en
en A CORUÑA
(provincia)

Registro Civil de
Rexistro Civil de

Tomo 234
Tomo
Pág. 249
Páx.

Observaciones
Observacións

Sello y fecha:
Selo e sinatura:

- 4 FEB 2001

Certifica(n) y firma(n) D./Dª Mª ADELA GOYANES GARCIA
Certifica(n) e asina(n) D./Dna. Oficial.

REGISTRO CIVIL DE COMPOSTELA • SANTIAGO

el día
(1) o día *de*
de

de *en*
de *en*
(provincia)

Registro Civil de
Rexistro Civil de

Tomo
Tomo
Pág.
Páx.

Observaciones
Observacións

Sello y fecha:
Selo e sinatura:

Certifica(n) y firma(n) D./Dª
Certifica(n) e asina(n) D./Dna.

(1) Falleció, se casó o cualquier otro hecho que afecte al hijo y suponga extinción de la patria potestad.
Faleceu, casou ou calquera outro feito que afecte ó fillo ou filla e supoña extinción da patria potestade.

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 ANA MARÍA OURO RODRÍGUEZ , con documento identificativo DNI, 33258425B según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 07 DE OCTUBRE DE 2024 a las 22:30 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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 08 DE OCTUBRE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
08/10/2024 11:09	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:ZBNa-&dws-jjEs-nbsu

APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO

Inscrita Reg. Mercantil de La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527 Inscripción 1ª C.I.F. B15657901

AUTORIZACIÓN RETIRADA DE LÁPIDA Y RECOGIDA DE RESTOS CEMENTERIO DE BOISACA

Don Pablo Ouro Rodríguez, con domicilio en Calle Rodrigo de Padrón, 10 - Santiago de Compostela y con DNI nº 33290087W

AUTORIZA a Funeraria Tanatorio Apóstol Santiago, S.L., el movimiento de lápida de la sepultura 5424 y posterior recogida de los restos cadavéricos que se encuentran en dicha sepultura del Cementerio Municipal de Boisaca (Santiago).

El declarante manifiesta, bajo su responsabilidad, que los datos aquí expuestos son ciertos.

En Santiago, a 8 de octubre de 2024

Fdo. Don Pablo Ouro Rodríguez
DNI nº 33290087W

+34 981 580 669
info@funeraria-apostol.com
www.funeraria-apostol.com

COMPLEJO FUNERARIO
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela

TANATORIOS
Bertamiráns - Ames
Montouto – Teo
Barcala – A Baña

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

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS SANTIAGO

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105508737

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

Colegio de / *Colexio de* Santiago

D./Dña. / *D. / Dna.* Jesus Barreiro Rico, colegiado

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.

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* — 1ª colegiación / *1ª colexiación*: 70206

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** ANA MARIA

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 26 — Mes / *Mes* 12 — Año / *Ano* 1963

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33285425-B
- ☐ 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* 22:30 — Día / *Día* 07 — Mes / *Mes* 10 — Año / *Ano* 2024

¿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) NEOPLASIA UROTELIAL — 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) NEOPLASIA ENDOMETRIO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Outros 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, a/*a* 8 de/*de* octubre de/*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 ☐☐ 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 1 0

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 1 0

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.