

OTROS CONCEPTOS

474

FALLECIDO:

ROSA OTERO GULDRIS

0663

ST: 7

Fecha de fallecimiento

11- NOVIEMBRE - 2024

Domicilio

RESIDENCIA DOMUS VI - FONTPECERINA - SANTIAGO.

NIEVES: 690.09.28.03

Teléfonos:

JOSÉ ANGEL: 630.07.8633

E-mail:

CONCEPTOS

Servicio prest

Arca modelo

Redonda C-1, Medida

1'80

1090-

Capilla ardiente

CÁPULA

Sala Prep. SI Libro NO

72'00

Gestión funeraria

SI

Tramitación UUV

170'00

Carroza traslado

RESIDENCIA - TANATORIO

105'00

Prensa

FORO N°3 (Hatas)

365'00

Radio

NO

Recordatorios fúnebres / tarjetas

NO

Ómnibus acompañamiento

NO

Turismo

id. NO

3'00

Certificado médico

SI

Registro Civil: SANTIAGO

175'00

Carroza

SI

Personal

SI

230'00

Ayunt.º: Sepultura

FINEL (Retiro de restos) 110'00

115'80

Iglesia

NO

subterráneo en la casa

115'80

Incineración

Urna:

110'00

Presencian

SI NO

Destino

110'00

Cantores

NO

Funeral: JOSÉ HANUEL (170)

110'00

Flores

DENTRO 18 ROSAS BUENAS: 70 TAYLOR • 80'00

(ENCIMA CAVA)

Sudario

Cubredifuntos

Acondicionamiento

Rosario

34'00

30'00

72'10



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asientos/s solicitados que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asientos/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: 1731407026604

Fecha Inscrpción Registro Electrónico de Seguridad: 12/11/2024 11:23

Código personal del registro individual del inscrito: 3MGJVVXRXHZ00033020312V

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: ROSA (7-6) Primer apellido: OTERO (7-6) Segundo apellido: GULDRIS, (8-6-1) Hijo/a de FRANCISCO (8-6-2) y de ROSA, (3-4-1) Sexo: MUJER (4-1) Estado: SOLTERO/A (6-1) Nacionalidad: ESPAÑA Tipo de documento acreditativo de identidad: DNI, número: 33020312V.

(2-4-2) Nació/a en: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA (9-7-1) Fecha: 13/12/1931

(2-1-2) Domicilio último: RÚA ESCULTOR CAMILO OTERO, RESIDENCIA DOMUS VI Nº: 2 (2-1-3-2) Lugar: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA..

La inscripción se practica en virtud de: DECLARACIÓN realizada por JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ con Tipo de documento de identidad: DNI y número de identificación: 33200436M según consta en el expediente nº 20241112/009396 del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: 12:08 (9-9) Día: 11/11/2024 (2-6) Lugar: RÚA ESCULTOR CAMILO OTERO 2 - RESIDENCIA DOMUS V Población: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

El enterramiento será en: CEMENTERIO DE CONXO (2-1-3-2) Población: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

DATOS DE FIRMANTE:
Nombre y Apellidos: EVA BERNARDEZ PEREIRAS
En calidad de: ENCARGADO
Fecha de firma: 12/11/2024 11:23

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.



Id. electrónico/de. electrónico
CLJZA6XJVQ
https://certificados.cgcom.es

Colégio de
PONTVEDRA
Colégio de

Nº Certificado/Nº certificado
105337909

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

D./Dña. H. Isabel María Vilanova - Doctor
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ROSA
1º Apellido del fallecido/a: OTERO
2º Apellido del fallecido/a: BULTRIS

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 12 Año 1931
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33020312-V
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 12:08 Día 11 Mes 12 Año 2024
En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? Santiago de Compostela
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☒ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Causas de defunción (Ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na páxina 2)
Intervalo de tempo aproximado

1. Causa inmediata / Causa inmediata AVASCENCIA DE SIGNOS VITALES
Debido a/Debido a

2. Causas intermedias / Causas intermedias TRANSFICILIA CARDIACA
Debido a/Debido a

3. Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental MIOPATIA CARDIACA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☒ No/Non ☐ Si/Sí
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☒ No/Non ☐ Si/Sí
La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?
☒ No/Non ☐ Si/Sí
Accidente de tráfico ☐ Si/Sí ☒ No/Non
Accidente laboral ☐ Si/Sí ☒ No/Non
Fecha del mismo: Día Mes Año
Continúa al reverso / Continúa ao reverso

