

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: Elias Romay Ural.

Fecha de fallecimiento 21- Enero- 2025

Domicilio Lgr. Eugas, 8 - Codero- Boqueiron

Teléfonos: 652189970-Natalie E-mail: natalie.codero1979@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	G-1	Medida 1'90
Capilla ardiente	Campamento "1"	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Domicilio - Tanf.	
Prensa	Esquelas Murales:	
Radio	Codero, Arnois, San Miguel de Castro.	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—	Santa Cruz
Ómnibus acompañamiento	—	
Turismo	id. Recepción 15 minutos Iglesia	
Certificado médico	Si	Registro Civil: Boqueiron
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Boqueiron	
Iglesia	Codero	Sacristía Campanas 120
Incineración	—	Urna: (Nueva Cua)
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino —
Cantores	Si (Avisa Cua)	Funeral: D. Francisco 1+2
Flóres	Codero R.B. Tu esposa: 10	
	Codero R.R. Tus hijos y hijos polit'os	
	Codero R.R. Tus nietos y nietas polit'os	
	Codero R.R. Benigno caga: Tus bisnietos	

Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

~~X~~ Protección Civil Avisada

de Elias Romay Ural.

Murales:

dero, Arnois, San Miguel de Castro, Santa Cruz,

FALLECIDO: Nombre Elias Romay Uzel D.N.I. N° 33205849-J
id. de los padres Daniel y Asunción
Naturaleza Baqueibon Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 21-06-1930
Profesión Baqueibon Estado Asado Domicilio Lgr. Engas, 8 Codeso

Fallecimiento: Fecha: 20:00 horas del día 21 de Enero de 20 25
Domicilio Lgr. Engas, 8- Codeso
Cementerio Codeso Ayunt.º Baqueibon

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página
DECLARANTE D. Juan Carlos Romay Rendo () D.N.I. 33280552-N
domiciliado en Lgr. Engas-12 - Baqueibon
FL SEÑOR

D/ña. Elias Romay Uzel

falleció en en el día de a los 94 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Elvira Rendo Gómez
Hijos María del Carmen, Juan Carlos Romay Rendo

Hijos políticos Manuel Galvez Pazos, Natalia Fernández Cabo

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Herminia Romay Uzel

Hermanos políticos Si
Silvia y Begonia Galvez Romay; Alberto y Marcos Romay Fernández

Nietos Bisnietos Si Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción
Funerales Si Don, Iria, Lara y Xosé
en la iglesia de
CASA MORTUORIA:
(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

nieta. poli = Si Suso Sanchez; Manuel Pena, Paula Villaverde



A CORUÑA Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105525536

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MANUELA PÉREZ PARDAL
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

1ª colegiación
1ª colexiación

2747700
151510886

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ELIAS
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: ROMAY
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: UZAL
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 21 Mes 06 Año 1930
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33205849-J
Documento de identidade: ☐ 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 20:00 Día 21 Mes 01 Año 2025
Hora : minutos

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

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) BRONCOASPIRACION
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(c)
Debido a/Debido a

(d) FRACASO MULTIORGANICO
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
INSUFICIENCIA CARDIACA

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?
Sí/Sí ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?
Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐ 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/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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 Santiago, a 21 de Xaneiro de 2025

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 ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐

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 ☐ ☐

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 pola **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 Defunção.

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 defunção, 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
 - Evitar abreviaturas e/ou siglas.
 - Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
 - 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ELÍAS ROMAY UZAL, con documento identificativo DNI 33205849J, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 21 de enero de 2025, a las 20:00 horas, acaecida en Boqueixón (A Coruña).

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 , 22 de enero de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
22/01/2025 11:09

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:kfPu-UtTX-KAGA-gxNN

