OTROS CONCEPTOS

Centro variado: Comunidad de oleiros y de Guinea } web
Centro 18 blanco: Colegio La Milagrosa - Oleiros

+ Ramón Rozas Vigo 01/04/2021
+ Yolanda Rozas Viqueira 09/05/2012

WEB

ST. 103
ST. 71

FALLECIDO: DOLORES VIQUEIRA MALLOU

Fecha de fallecimiento 6 - FEBRERO - 2025

Domicilio H. CLÍNICO / AV. DE LUGO, 20A

Teléfonos: 618415945 M: DOLORES (HIJA) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C.1 Medida 1'9	
Capilla ardiente SALA TOURAL Sala Prep. Si Libro Si	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado HOSPITAL - COMPLEJO	
SÁBADO 11:30 Prensa CORREO - 3	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ 50	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo id. 11:10 Recojer en casa	
Certificado médico Si Registro Civil: Santiago	
Carroza Sí ( ) Personal Si	
Ayunt.º: Sepultura BOISACA SEP 997 buen estado Rápida	
Iglesia CAPILLA COMPLEJO	
Incineración — Urna: —	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores NO Funeral: JUAN VENTURA	
Flores CENTRO: 1 CORONA R.B: TUS HIJOS; 1 CORONA R.B: TU HIJO POLÍTICO; 1 CENTRO 18 R.B: TU NIETO MARTÍN (ENCIMA CASA)	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre DOLORES VIQUEIRA MALLOU D.N.I. Nº 33209222-M

id. de los padres JOSÉ Y PEREGRINA

Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 1-ENERO-1948

Profesión Estado VIUDA Domicilio AV. DE LUGO, 20A 2ºB SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 20:47 horas del día 6 de FEBRERO de 2025

Domicilio H. CLÍNICO

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. MARIA DOLORES ROZAS VIQUEIRA (HIJA) D.N.I. 33286220-E

domiciliado en AV. DE LUGO, 20A P2B - SANTIAGO

LA SEÑORA

D/ña. DOLORES VIQUEIRA MALLOU

(VIUDA DE RAMÓN ROZAS VIGO) (NATURAL DE AMIO - SANTIAGO)

falleció en en el día de a los 77 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo~~/a

Hijos MARIA DOLORES, RAMÓN, YOLANDA (+), TERESA, BEATRIZ Y PILAR ROZAS VIQUEIRA

Hijos políticos HUMBERTO TORRES GIL

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos SI

Hermanos políticos SI

Nietos MARTIN Bisnietos Tios Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción

Funerales

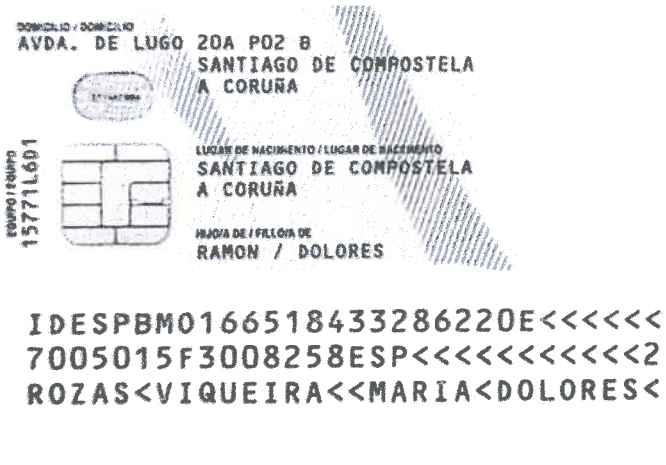
en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

FALLECIDA



SOLICITANTE (HIJA)

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — MEDICO PONTEVEDRA — Sello/*Carimbo*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105741287

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D./ Dna.* OSCAR OTERO GARCÍA

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* SANTIAGO DE COMPOSTELA, 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*: 15151265O

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día / *Día* 01 — Mes / *Mes* 01 — Año / *Ano* 1948

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

Documento de identidad: / *Documento de identidade:*
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33209222-M
- ☐ 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* 20:47 — Día / *Día* 06 — Mes / *Mes* 02 — Año / *Ano* 2025

¿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* ☐

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

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

(a) SHOCK CARDIOGENICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) FRACASO RENAL AGUDO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

EDEMA DE PULMON

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) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO — 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*

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

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* 6 de/*de* FEBRERO de/*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 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.

REGISTRO CIVIL de Santiago | TOMO 65 | PAG. 62

PUEBLO DE Santiago
PROVINCIA DE La Coruña

MATRIMONIO

Celebrado el día catorce de septiembre de mil novecientos sesenta y nueve

entre Ramón Rozas y Vigo y Dolores Viqueira y Mallou

Nacido el día tres de marzo de 1945
en Santiago - La Coruña (provincia)
hijo de Antonio y de María
domiciliado en Santiago - Diteiro de San (población, calle, núm.)
Estado civil (1) soltero

(2) 24 - septiembre - 1969

Sello y fecha:

Nacida el día 1 de enero de 1948
en Santiago - La Coruña (provincia)
hija de José y de Peregrina
domiciliada en Santiago - Diteiro - San Félix (población, calle, núm.)
Estado civil (1) soltera

El Secretario:

El Encargado del Registro Civil:

(1) Y se expresará también la nacionalidad si no es la española.
(2) Si hubieren otorgado capitulaciones matrimoniales, se indicará la fecha de la escritura, lugar del otorgamiento y nombre del Notario autorizante. Otras observaciones.

CONCELLO DE SANTIAGO

SRB/916/2007

TITULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Sepultura - 997

0A0090910

Outorgada a Propiedade por Acordo da Comisión Municipal Permanente de data 26 de xaneiro de 1967 e autorizada a transmisión do dereito funerario por Resolución da Concelleira Delegada de Servizos de data do 15-11-2007, favor de:

Titulares	DNI
RAMON ROZAS VIGO	33155008W

O uso da unidade de enterramento esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recolldas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de traslación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 16 de novembro de 2007

A CONCELLEIRA DELEGADA DE SERVIZOS

Asdo.: Marta Álvarez-Santullano Fernández-Trigales

O SECRETARIO XERAL DO GOBERNO MUNICIPAL

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández

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 DOLORES VIQUEIRA MALLOU , con documento identificativo DNI, 33209222M según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE FEBRERO DE 2025 a las 20:47 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 07 DE FEBRERO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
07/02/2025 14:00	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO

RG:nKca-K$Hc-XxCw-Cyj7