

# OTROS CONCEPTOS

~~Centro 24 RB~~ ~~Tus hermanos~~ y sobrinos Viña Ortega TPV

FALLECIDO: ROSA VINA GUANCE

Web  
SF:172  
ST:127

Fecha de fallecimiento 8. MARZO 2024

Domicilio XENERAX PAROQUIAS, 15- 3ª

Teléfonos: 660606522 ETSKIZ (2113A) E-mail:

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                            | Servicio prest |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Arca modelo C-1 Medida 1'9                                                                                                                                                           |                |
| Capilla ardiente SALA PRATERIAS Sala Prep. Libro Si                                                                                                                                  |                |
| Gestión funeraria Si <input type="checkbox"/> Tramitación UUV                                                                                                                        |                |
| Carroza traslado <del>Domicilio</del> - COMPLEJO                                                                                                                                     |                |
| LUNES Prensa CORREO GALLEGO N.º 3 (LUNES)                                                                                                                                            |                |
| 11:00 Radio 1 RADIO - (DOMINGO)                                                                                                                                                      |                |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas NO <del>QUELA</del> PORTAL EDIFICIO (campos, Y VILACORA                                                                                            |                |
| Ómnibus acompañamiento NO                                                                                                                                                            |                |
| Turismo id. Cura Sale a complejo                                                                                                                                                     |                |
| Certificado médico <del>Si</del> Registro Civil: Santiago                                                                                                                            |                |
| Carroza Personal                                                                                                                                                                     |                |
| Ayunt.º: Sepultura STA EULALIA DE VILACORA - LOUSAME                                                                                                                                 |                |
| Iglesia CAPILLA COMPLEJO <del>PINELO</del>                                                                                                                                           |                |
| Incineración Urna: CAMPANA                                                                                                                                                           |                |
| Presencian <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Destino                                                                                                           |                |
| Cantores <del>Si</del> Funeral: <del>D</del> Jai Ortoño (Cura de Vilacoba-Lousame)                                                                                                   |                |
| Flóres <del>1 CORONA R.B. TO EL POZO</del><br><del>1 CORONA R.B. TOS H-IOS E HIJAS RECITAS</del><br><del>1 CENTRO PR.B. TUS NIETOS</del><br>(CERCIANA CATH)                          |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubredifuntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input checked="" type="checkbox"/> Rosario |                |

VILACORA - LOUSAME

LUNES

Familia LOUSAME

655494939  
M. Bae

9x1 (9.12.1)

FALLECIDO:

Nombre ROSALÍA VILSA GUINCE D.N.I. Nº 33144163-J  
 id. de los padres ARELINO Y MARCELA  
 Naturaleza LOUSANE Provincia A CORUÑA  
 Día, mes y año de nacimiento 6 JUNIO - 1942  
 Profesión ..... Estado CASADA Domicilio R/XENERA PADRIÑAS, 15  
3ª A. SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 24.30 horas del día 8 de MARZO de 2025  
 Domicilio So DOMICILIO  
 Cementerio VILACOYA Ayunt.º LOUSANE

Cónyuge:

Nombre .....

LIBRO DE FAMILIA ..... Tomo ..... : Página .....  
 DECLARANTE D. ESTEBAN POLAIA PILLADO VILSA ( 1ª ) D.N.I. 44841601-L  
 domiciliado en XENERA PADRIÑAS, 15-2ºB

D/ña. ROSALÍA VILSA GUINCE LA SEÑORA ARELINO SIN "U"  
(Hermana de XENERA PADRIÑAS. SANTIAGO)

falleció en ..... en el día de ..... a los 82 años  
 confortado con los Auxilios Espirituales .....

Su esposo/a DAVID PILLADO MATO  
 Hijos CARLOS, ROBERTO Y ESTEBAN ROSALÍA PILLADO VILSA

Hijos políticos MANUEL JARONIA Y EVA PAIETO

Padres .....  
 Abuelos .....

Padres políticos .....

Hermanos SILVA (†), FEDERICO, SARA, JOSE RAMON (†) Y FRANCISCO (†) VILSA GUINCE

Hermanos políticos SI

DAVID, ARIETE Y ENRIQUE

Nietos ..... Bisnietos ..... Tíos ..... 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





OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOSGERENCIADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
GERENCIADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105528087

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A  
CLASE 3ª SERIE AD./Dña. \_\_\_\_\_  
D. / Dña. \_\_\_\_\_  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en  
y con ejercicio profesional en  
e con ejercicio profesional enNº 1346268  
DR. RICARDO BASANTA  
MAYOSSan Sebastián, con el número  
colegio número  
San SebastiánColegio actual  
Colegio actualNº de colegiatura  
Nº de colegiatura1ª colegiación  
1ª colegiación

## CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ROSA LILIANA  
1º Apellido del fallecido/a: LILIANA  
2º Apellido del fallecido/a: GUILLERMO  
2º Apellido del fallecido/a: GUILLERMOFecha de nacimiento: 06/06/1963  
Fecha de nacimiento: 06/06/1963  
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒Documento de identidad: D.N.I. Número: 3204463-3  
Documento de identidad: D.N.I. Número: 3204463-3  
Documento de identidad: D.N.I. Número: 3204463-3  
Documento de identidad: D.N.I. Número: 3204463-3Hora y fecha de la defunción: 21/03/2025  
Hora y fecha de la defunción: 21/03/2025  
Hora y fecha de la defunción: 21/03/2025  
Hora y fecha de la defunción: 21/03/2025

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

Domicilio particular: Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐  
Domicilio particular: Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐  
Domicilio particular: Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐  
Domicilio particular: Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado  
Intervalo de tiempo aproximadoI. Causa inmediata / Causa inmediata  
(a) BZONCOAS RIRACIOM  
(a) BZONCOAS RIRACIOM  
(a) BZONCOAS RIRACIOM  
(a) BZONCOAS RIRACIOM(b) DIBETES  
(b) DIBETES  
(b) DIBETES  
(b) DIBETES(c) INSUFICIENCIA RENAL  
(c) INSUFICIENCIA RENAL  
(c) INSUFICIENCIA RENAL  
(c) INSUFICIENCIA RENAL(d) DIBETES  
(d) DIBETES  
(d) DIBETES  
(d) DIBETESII. Otros procesos / Outros procesos  
II. Otros procesos / Outros procesos  
II. Otros procesos / Outros procesos  
II. Otros procesos / Outros procesos¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?  
SI/SI ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?  
SI/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 ☐ Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐  
Accidente de tráfico SI/SI ☐ Accidente laboral SI/SI ☐ Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

Si/Sr ☐ No/Non ☒

**Grupo/Grupo** I ☐ II ☐ III ☐

|       |                                     |        |                          |
|-------|-------------------------------------|--------|--------------------------|
| Si/Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No/Non | <input type="checkbox"/> |
|-------|-------------------------------------|--------|--------------------------|

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En 2010, a 8 de 11 de 20

**Dr. Ricardo Basanta**  
1346268

**Instrucciones básicas de Certificación:**

A OMS recomenda que no cubrimiento 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**

Outro o tempo transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da definición, de tal forma que no tempo anotado no apartado 1(a) debe ser inferior ou igual a 1(b), e este á súa vez inferior ou igual ao 1(c) e así sucesivamente.

*Essas unidades são mutuamente exclusivas, é dizer, 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 informádolo máis*

Nota: Cada unidade de terreno admite até o número de

Evening

Horas    
 Días  4  5  
 Meses    
 Años

Horas   Dias  4  5 Meses   Anos

### Causes immediate:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patológico que produciu a morte diretamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade ou traumatismo ou a complicación causante da morte.

debido a

devido a 3 0 0 0 0 0

3 **Causas intermedias**

Señale a ☐ Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años

↓

(b) e (c) Estados morbosos, se existiese algún, que produciría a causa arriba

Se o estado patológico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbos anteriores na liña (b), indicar os mesmos na liña (c).

debido a   Horas   Días   Meses   Años  2

devido a   Horas   Dias   Meses   Anos  2

debido a  años  días  meses  años  2

devido a  Horas  Dias  Meses  Anos  2

Horas  Días  Meses  Años

debido a  Horas  Días  Meses  Años

**Causa única ou fundamental**  **Enfermidade ou lesão que iniciou os fatos anteriormente mencionados que condução à morte. Anotarse uma única causa, a que se desdenhe de todo o processo que levou à defunção. Em caso de**

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 1   |  |  |
| 2   |  |  |
| 3   |  |  |
| 4   |  |  |
| 5   |  |  |
| 6   |  |  |
| 7   |  |  |
| 8   |  |  |
| 9   |  |  |
| 10  |  |  |
| 11  |  |  |
| 12  |  |  |
| 13  |  |  |
| 14  |  |  |
| 15  |  |  |
| 16  |  |  |
| 17  |  |  |
| 18  |  |  |
| 19  |  |  |
| 20  |  |  |
| 21  |  |  |
| 22  |  |  |
| 23  |  |  |
| 24  |  |  |
| 25  |  |  |
| 26  |  |  |
| 27  |  |  |
| 28  |  |  |
| 29  |  |  |
| 30  |  |  |
| 31  |  |  |
| 32  |  |  |
| 33  |  |  |
| 34  |  |  |
| 35  |  |  |
| 36  |  |  |
| 37  |  |  |
| 38  |  |  |
| 39  |  |  |
| 40  |  |  |
| 41  |  |  |
| 42  |  |  |
| 43  |  |  |
| 44  |  |  |
| 45  |  |  |
| 46  |  |  |
| 47  |  |  |
| 48  |  |  |
| 49  |  |  |
| 50  |  |  |
| 51  |  |  |
| 52  |  |  |
| 53  |  |  |
| 54  |  |  |
| 55  |  |  |
| 56  |  |  |
| 57  |  |  |
| 58  |  |  |
| 59  |  |  |
| 60  |  |  |
| 61  |  |  |
| 62  |  |  |
| 63  |  |  |
| 64  |  |  |
| 65  |  |  |
| 66  |  |  |
| 67  |  |  |
| 68  |  |  |
| 69  |  |  |
| 70  |  |  |
| 71  |  |  |
| 72  |  |  |
| 73  |  |  |
| 74  |  |  |
| 75  |  |  |
| 76  |  |  |
| 77  |  |  |
| 78  |  |  |
| 79  |  |  |
| 80  |  |  |
| 81  |  |  |
| 82  |  |  |
| 83  |  |  |
| 84  |  |  |
| 85  |  |  |
| 86  |  |  |
| 87  |  |  |
| 88  |  |  |
| 89  |  |  |
| 90  |  |  |
| 91  |  |  |
| 92  |  |  |
| 93  |  |  |
| 94  |  |  |
| 95  |  |  |
| 96  |  |  |
| 97  |  |  |
| 98  |  |  |
| 99  |  |  |
| 100 |  |  |

☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

**Quittos nrocaene.**

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu,

[illegible]

5

Horas   Días   Meses   Años

Horas      Días      Meses      Años

Empregar maiúsculas e preferentemente holerágrafo de tinta negra

2 Evitar abreviaturas e/ou siglas.

**Certificar enfermedades e síndromes en ambigüidades**

1. Se fosse preciso anotar mais dunha enfermidade en cada apartado, confíranse claramente as seguintes:

Evitar caídas en las escaleras al definir las prioridades, o pausas para descansar.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.

## 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 Reglamentos 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  
Tendose inscrito no Rexistro Civil de

*Santiago de Compostela*

la defunción de don

*Roberto Piña Gironce*

a defunción de don/a

*21:30*

occurrida a las

horas del día

*8*

de

*Marzo*

de

*2025*

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

do fallecimiento

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

Registro Civil de

*Santiago de Compostela*

Rexistro Civil de

A

*9*

de

*Marzo*

de

de

*2025*

(El Juez)  
(O xuíz)

*CS*



