

OTROS CONCEPTOS

PAGADO 24 ROSAS BOMBAS **12 MAR. 2025** (CONTADO) **FAMILIA GONZALEZ** (HONDA) 605.689702.

PAGADO 24 ROSAS BOMBAS **12 MAR. 2025** (CONTADO) **FAMILIA ROMANIS PAIS** (S358) **CPV. RECEPCIÓN**

Isidoro Gonzalez Lopez + 20-4611 - 2010 a los 34 años
Elisa Maria Gonzalez feneiro + 25- noviembre - 2010 a los 64 años
Juana Feneiro Romanis + 12- marzo - 2025 a los 88 años
na con Isidoro + Urna Elisa de cenizas a alacena

QUIEBRE MARIA MARIA GONZALEZ FERREIRO
2020 ELISA GONZALEZ FERREIRO

SI - 118
ST - 132
SC - 80

FALLECIDO: **JUANA FERREIRO ROMANIS**
Fecha de fallecimiento: **12 DE MARZO DE 2025**
Domicilio: **C/HÓRREO, 7-41 - SANTIAGO**
Teléfonos: **680435042, Vicente** E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo O CON CRUZ	Medida 1,90	
Capilla ardiente X	Sala Prep. SI	Libro
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado HOSPITAL AL COMPLEJO		
Prensa SI		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento X		
Turismo id. SI		
Certificado médico X		
Carroza SI		
Ayunt.º: Sepultura BOISACA		
Iglesia X		
Incineración X		
Presencian X		
Cantores NO		
Flores X		
Sudario X		
Cubredifuntos X		
Acondicionamiento X		
Rosario ☐		

CERRADO DEFUNCIÓN **NO** 3 Tallas Aneja

FALLECIDO: Nombre JUANA FERREIRO ROMARIS D.N.I. Nº 33077535-C
id. de los padres ANTONIO Y JOSEFA
Naturaleza NEGREIRA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 DE ABRIL DE 1936
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio _____
C/HORREO, 7-4º - SANTIAGO (A CORUÑA)
Fecha: 04:40 horas del día 12 de MARZO de 2025
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO
Cementerio CREMATORIO COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre ISIDORO GONZÁLEZ LÓPEZ

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. LA SEÑORA Juana Ferreiro Romarís (uda. de Isidoro Glez López)
Propietaria Hotel Fornas
falleció en _____ en el día de 12/3/28 a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos 1. Elisa González Ferreiro (+) y Mª José (+)

Hijos políticos : Vicente Gareda Antelo.

Padres Vicente, B. José Antº y Juan y Rubén Suárez Glez.
Abuelos Gareda González

Padres políticos _____
Hermanos bisnietas: Lía y Gala

Hermanos políticos Amadora y Manjua, Dorinda, y Carmen y Amadora Ferreiro Romarís
(+) (+) (+)

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos si - Primos si
y demás familia.- Conducción 16:00

Funerales _____
en la iglesia de Capilla Gaudes
CASA MORTUORIA: Quintana
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

Yvonne F. Fennell

PN: 33077535Q

DOMICILIO / DOMICILIO
C. HORREO 7 P04

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L601
DANIEL J. GORDON

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
NEGREIRA
A CORUÑA

NIJOYA DE / FLOJOYA DE
 ANTONIO / JOSEFA

IDESPGR162432833077535Q<<<<<
3604144F9901018ESP<<<<<<<<<7
FERREIRO<ROMARIS<<JUANA<<<<<<<

FALLECIDA



DONICILIO DONICILIO
RUA. HÓRREO 19 A P03 IZ
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EDUARDO / RUE-INA

IDESPCHF103783633255394Q<<<<<<<
5908123M3401228ESP<<<<<<<<<<<<<D
CANEDA<ANTELO<<VICENTE<SANTIAG

SOLICITANTE (Hijo político)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105575772

MEDICO
 PONTEVEDRA  Colexio de
 Sello/Carimbo

Nº Certificado/*Nº certificado*

D./Dña. FERREIRA VIDAL JENNIFER
D. / Dña.

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

Colégio actual
Colégio actual

Nº de colegiado/a
Nº de coloxiado/a

1 5 3 6 0 7 5 6 7

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: J U A N A

1º Apellido del fallecido/a: FERREIRO

2º Apellido del fallecido/a: R O N A K I S

Fecha de nacimiento **Día** **Mes** **Año** **Sexo:** Varón ☐ Mujer ☒
Data de nascimento *Día* *1* *4* *Mes* *0* *9* *Ano* *1* *9* *3* *6* *Sexo:* *Varón* ☐ *Mujer* ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33077535-Q
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 04 : 40 Día 12 Mes 03 Año 2025
 Hora e data da defunción Hora : minutos 04 : 40 Día 12 Mes 03 Año 2025

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instruccions na pàgina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA																			
																	Horas	Días	Meses	Años
																Horas	Días	Meses	Años	

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) A N E U R I S M A A O R T A

Horas Día Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros processos⁵

[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indícios 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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

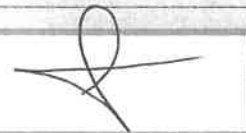
Si/Si ☒ No/Non ☐

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 12 de MARZO de 2025
 En _____, a _____ de _____ de _____

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
 Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
 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 pela **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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
 Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
 Horas Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
 Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
 Días Meses Años

Otras recomendacións

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

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JUANA FERREIRO ROMARIS, con documento identificativo DNI 33077535Q, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte del 12 de MARZO de 2025, a las 04:40 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 12 de MARZO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/03/2025 11:18

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:yh2b-CRfM-Y\$Qs-65RX



EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Cementerios

La Excmo. Comisión municipal Permanente en sesión celebrada el día 13 de los corrientes, adoptó, entre otros el siguiente acuerdo:

Para hacer constar que la Permanente en sesión de esta fecha, acuerdo por unanimidad conceder en propiedad al solicitante, 16 metros cuadrados en terreno de primera clase en el cementerio de Boisacá en el lugar interesado, previo el pago de 48.000 pesetas que señala en su informe el Negociado de Hacienda, al que presta su conformidad la Comisión, y con la obligación de construir el panteón en el plazo de un año a partir de la notificación de este acuerdo, debiendo solicitar previamente la oportuna licencia con presentación del proyecto, perdiendo, en caso contrario, el derecho de propiedad sobre el terreno y la cantidad abonada por el mismo.-

Lo que comunico a V. para su conocimiento y demás efectos.-

Dios guarde a V. muchos años.-
Santiago, 25 de Abril de 1.967

EL SECRETARIO

Recibi el duplicado

27-4-1967=

Sr. D. Isidoro González López, General Franco, 24

Ciudad.

