

OTROS CONCEPTOS

1 Correo: Rd **PAGADO** S 495
 1 Cebos P. Rd 2: F. **PAGADO** S 497
 1 Cebos 18 e 8: **PAGADO** S 495 TV

• ENTREGADA LICENCIA A PERSONA DE LA
 DIRECTIVA DEL CEMENTERIO

PROTECCIÓN CIVIL OROSO 698.169.443
 RUBÉN (CENTENILLO NUEVO 676.034.185
 DE OROSO)

DON SANTIAGO 606.77.16.21

FALLECIDO: Avelina Rosendo Regueiro web		ST	
Fecha de fallecimiento: 15 - Abril - 2005			
Domicilio: Rúa San Marcos, 24 (Residencia Roldán) - SAN			
Teléfonos: 669822009 - Eva		E-mail:	
CONCEPTOS		Servicio pre	
Arca modelo 201	Medida	1856	
Capilla ardiente Quintana	Sala Prep. Si	Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado Residencia - Transtorno	Careo - Mod 3		
Miércoles 17:00	Prensa	Si	
	Radio	Si	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo Partes 16:30	Recepción en domicilio		
Certificado médico Si	Registro Civil: Santiago		
Carroza	Personal		
Ayunt.º: Sepultura Panelo	Cambio cenizas no bolsa		
Iglesia Capilla Campos			
Incieneración	Urna:		
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores Caballa	Funeral: San Ventura	90	
Flowers Familia	90		
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario			

NO

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

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

CASA MORTUORIA:

en la iglesia de

Funerales

y demás familia. - Conducción

Nietos

Bisnietos

Tios

Sobrinos

Primos

y Lola

Nietos Políticos: MARIA Y YASHINA; BISNIETOS: NEO, NEL

Hermanos políticos

Hermanos

Padres políticos

Abuelos

Padres

Hijos políticos

Hijos

Su esposa/a

confortado con los Auxilios Espirituales

falleció en

(Vieque de Oroso)

en el día de 15/4/2025 a los 82 años

D/ña.

AMELIA ROSENDE REQUEIRO

~~SEÑOR~~

domiciliado en

Cancha 21-sha.

DECLARANTE D.

KARIE GONZALEZ ROSENDE

(D.N.I. 332911572)

LIBRO DE FAMILIA

Tomo

Página

Cónyuge: Nombre

Cementerio

SAN MARTIN DE OROSO

Ayunt.º

Oroso

Fallecimiento:

Domicilio

Fecha:

16 y 15

horas del día

de

15

de 2025

Profesión

CASAADO Residencia Realda -
Rta San Marcos, 24 - Santiago

Día, mes y año de nacimiento

2 - Junio - 1942

Naturalaleza

Oroso

Provincia

A Coruña

Id. de los padres



CERTIFICACIÓN LITERAL DE DEFUNCIÓN

A presente certificación literal expedíuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asento: 1744796573107

Data Inscripción Rexistro Electrónico de Seguridade: 16/04/2025 11:42

Código persoal do rexistro individual do inscrito: 3MSYWW7C000032303767Z

DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-6) Nome: AMELIA (7-6) Primeiro apelido: ROSENDE (7-6) Segundo apelido: REGUEIRO, (8-6-1) Fillo/a de ANTONIO (8-6-2) e de MILAGROS, (3-4-1) Sexo: MULLER (4-1) Estado: CASADO/A (6-1) Nacionalidade: ESPAÑA Tipo de documento de identidade: DNI e número de identificación: 32303767Z.

(2-4-2) Nacido/a en: OROSO (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA (9-7-1) Data: 02/06/1942

(2-1-2) Domicilio último: RUA SAN MARCOS Nº: 24 (2-1-3-2) Lugar: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

A inscripción practícase en virtude de: DECLARACIÓN realizada por JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ con Tipo de documento de identidade: DNI e número de identificación: 33200436M segundo consta no expediente nº 20250416/011068 do Rexistro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: 16:45 (9-9) Día: 15/04/2025 (2-6) Lugar: SU DOMICILIO Poboación: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

O soterramento será en: CEMENTERIO NUEVO DE SAN MARTÍN DE OROSO (2-1-3-2) Poboación: OROSO (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

DATOS DO ASINANTE:
Nome e apelidos: María Manuela García Jalon de la Lama
En calidade de: ENCARGADO/A
Data de sinatura: 16/04/2025 11:42

E para que conste e produza os efectos oportunos, emíttese o presente certificado literal do Rexistro Civil.



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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. Mientras no se practique a inscripción no se expedirá la licencia para o entierro, que terá lugar transcurridos, al menos, veinticuatro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licenza 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 licenza 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 estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de

Tendose inscrito no Rexistro Civil de *Santiago*

a defunción de don/a

ocurrida a las *16:45*

horas del día *15*

de *abril*

de *2025*

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

do fallecimiento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas as sean las *veinticuatro* horas siguientes a la del fallecimiento. *12 horas*

Registro Civil de

Santiago

A *16*

de *abril*

de *2025*

de

(El Jefe)





Colegio de Córdoba
Nº Certificado/Nº certificado 105529355

Colegio actual Nº de colegiada 151512833
1ª colegiación

D./Dña. Kalle Gebreic del Goshilo
D. /Dña. A coum
en Medicina y Cirugía, colegiada/en A coum
y con ejercicio profesional en A coum
e con ejercicio profesional en

CERTIFICADO de la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: AMELIA
1º Apellido del fallecido/a: ROSENDE
2º Apellido del fallecido/a: DEVEDO
Fecha de nacimiento Dia 02 Mes 06 Año 1942
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: D.N.I. Número: 32303767-2
Documento de identidad: Pasaporte Número:
Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora: minutos 16: 45 Dia 15 Mes 04 Año 2025
¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concejo ocurrió a defunción? Sanluis 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 página 2) Intervalo de tiempo aproximado
I. Causa inmediata / Causa inmediata (a) Fallido multíorganico
Causas intermedias / Causas intermedias (b) Insuficiencia respiratoria
Debido a/Debido a
(c) Insuficiencia cardíaca
Debido a/Debido a
(d) Intoxicación respiratoria
Debido a/Debido a

II. Otros procesos / Otros procesos (a) ENTEROHEPATO DE ALZHEIMER
Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☒ Si/ Si ☐ No/Non
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clinica? ☒ 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 ☒ Si/ Si
Accidente laboral ☐ No/Non ☒ Si/ Si
Fecha del mismo: Día Mes Año

Existen riesgos infecciosos?/Existen riesgos infecciosos?

SI/ SI

No/ Non

Enfermedad infecciosa/Enfermedad infecciosa

Grupo/Grupo

Possibilidade de incineración?/Possibilidade de incineración

SI/ SI

No/ Non

Incineración condicionada por:Incineración condicionada por:

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamiento con isótopos radioactivos

Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En

Sanhago

15 de

abril

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).

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas	Días	Meses	Años
00	45	00	00

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

Horas	Días	Meses	Años
00	03	00	00

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

Horas	Días	Meses	Años
00	00	02	00

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados de 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
00	00	00	05

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Horas	Días	Meses	Años
00	00	00	10

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, separarlas 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.

Mod. CMD-BED-G

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda 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: "Enfermedade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduccion 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 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 excluyentes, 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 admíte ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas	Días	Meses	Años
00	45	00	00

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) Hemorragia cerebral

Horas	Días	Meses	Años
00	03	00	00

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotáranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

Horas	Días	Meses	Años
00	00	02	00

(d) Enfermedade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduccion á morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, fírase unha breve descripción das circunstancias.

Horas	Días	Meses	Años
00	00	00	10

5 Outros procesos:

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

Horas	Días	Meses	Años
00	00	00	05

Otras recomendaciones

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separárase 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.

CZDA, CANCELAS 21
 DOMINIO / DOMICILIO
 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 A CORUÑA
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
 OROSO
 A CORUÑA
 HIJOS DE / FILLOS DE
 JOSE / AMELIA

[illegible]

FALLECIDA

IDESP AOB168728932303767Z<<<<
4206028F9901018ESP<<<<<<<<0
ROSENDE<REGUEIRO<AMELIA>>>>>>

15771601
EQUIPO / EQUIPO

[illegible]

