

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: UBALDO RIVAS RODRIGUEZ ST-246
Fecha de fallecimiento 15-MAYO-2025
Domicilio H. CONCHO / HORREO, 94
Teléfonos: 628 275608 UBALDO (Hijo) E-mail: UBALDO@GMAIL.COM

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-1</u>	Medida <u>1'9</u>	
Capilla ardiente <u>QUINTANA</u>	Sala Prep. <u>Si</u>	Libro <u>Si</u>
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>X HERRERA - CONCHO</u>		
Prensa <u>NO</u>	ESQUEL CARILIA	
Radio <u>NO</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id.		
Certificado médico <u>X Si</u>	Registro Civil: <u>X Sentep</u>	
Carroza <u>SAN MIGUEL</u>	Personal	
Ayunt.º: Sepultura <u>SIADRA - SESTERO (SILVIA)</u>	<u>X PINGLO</u>	
Iglesia <u>CARILIA CONCHO</u>		
Incineración	Urna: <u>628545029</u>	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino: <u>X AMADOR</u>	
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>X FAMILIA</u>	
Flores <u>NO</u>	<u>NO RECIBE</u>	
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

AMADOR : 628 545029 SESTERO RODRIGUEZ
FAMILIA : 609 791977

FALLECIDO: Nombre UBALDO RIVAS RODRIGUEZ D.N.I. N° 33016011-V
id. de los padres ANTONIO Y MARIA
Naturaleza SILLONA Provincia BOTEVEDERA
Día, mes y año de nacimiento 18 - OCTUBRE - 1933
Profesión _____ Estado DIVORCADO Domicilio HORREO, 94 - 4° D
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 15-30 horas del día 15 de MAYO de 2025
Domicilio H. CONJO
Cementerio SAN MIGUEL DE CILADA Ayunt.º SILLONA

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. UBALDO RIVAS ROMERO (HIJO) D.N.I. 33258911-2
domiciliado en HORREO, 19 - ESCALERA - 5° D - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña. _____

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

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105525969

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. JOSÉ MANUEL ABUELO REY

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A CORUÑA

, con el número
, co númeroy con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514292

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

UBALDO

1º Apellido del fallecido/a:

RIVAS

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

RODRIGUEZ

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 18

Mes 10

Año 1933

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Data de nacemento

Día 18

Mes 10

Año 1933

Sexo:

Varón ☒Muller ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ PasaporteNúmero:
Número:

33016011-V

Documento
de identidade:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)Número:
Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

- - - - -

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

15:30

Día 15

Mes 05

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

15:30

Día 15

Mes 05

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 ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de UBALDO RIVAS RODRÍGUEZ
, con documento identificativo DNI, 33016011V según la certificación
facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 15 DE MAYO DE 2025
a las 15:30 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 16 DE MAYO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/05/2025 09:44

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:wjw&-wws6-VwFD-VMHr

