

OTROS CONCEPTOS

ENCERO (Var. 1): tu tío suan 30€ y FANIUA
 TPV 5.1303
 ENCERO (Var. 2) (R + B + Amer): TOCHO, MERIA, PAULA y
 UBA GYM) 80€ GNEO

FALLECIDO: **Mónica Rodríguez Buján**
 Fecha de fallecimiento: **9-Septiembre-2025**
 Domicilio: **H. Conxo**
 Teléfonos: **650 470 975-Susana (hermana)**
 E-mail:

SF-614
 ST-448
 SC-307.001
 20/11/2025
 20/11/2025
 20/11/2025
 20/11/2025
 20/11/2025

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-0 Medida 1,90	818
Capilla ardiente	Complejo Gerantes Sala Prep. Si Libro Si	87555/2870
Gestión funeraria	Si ☐ Tramitación UUV	19475
Carroza traslado	Hos.pital - Complejo	11270
	Cofre Mod 2	200
	Prensa	
	Radio	11488
Recordatorios fúnebres / tarjetas	No	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. Sale al taratona	3
Certificado médico	Si Registro Civil: Santiago	117/230
Carroza	Cofre con flores y banda Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Centros Boissac Sep. 9320	151
Iglesia	Capilla Complejo	351/9070
Incineración	17:45 Miércoles Urna: Básica	
Presencian	Si ☐ NO Destino Boissac 9320	111373
Cantores	No Funeral: Boissac	164
	Colona 40 R. Blancas "Tus hijos" 0	164
	Colona 40 R. Blancas "Tu hermana" 0	142
	1 Centro 18 R. Blancas "3 Victoria" 0	
	(Encima Gyo)	3560 7533

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Monica Rodriguez Bujan D.N.I. Nº 33294168 N
id. de los padres Jesus y Rosario
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 28. Diciembre - 1971
Profesión _____ Estado Divorciada Domicilio Alda Rosalia de Castro
60 - 6 A. Milladoiro - AXES

Fallecimiento: Fecha: 07:12 horas del día 9 de Septiembre de 2025
Domicilio _____
Cementerio Crematorio Complejo Apostol Ayunt.º Santiago de Compostela
Cónyuge: _____ Nombre _____

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

L A SEÑOR A

D/ña. Monica Rodriguez Bujan.
(Vecina del Milladoiro)
falleció en _____ en el día de 9/Sep/2025 a los 57 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Varguez
Hijos Isolina y Armina Varguez y Armin Nafouse
Hijos políticos Pedro Baral

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ _____

~~Padres políticos~~ _____

Hermanos Susana Rodriguez Bujan.

Hermanos políticos No

Nietos No Bisnietos No Tios Si Sobrinos Victoria Dominguez 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
RODRIGUEZ
BUJAN
NOMBRE / NOME
MONICA
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
28 12 1971
NÚM. SUPORTE
BCV194630
VALIDEZ / VALIDEZ
20 12 2026

DNI 33294168N



91750

DOMICILIO / DOMICILIO
CRRDA. FRAGUAS (DAS) 0068 PBJ DR
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUJIA DE / FILLOIA DE
JESUS / ROSARIO

15771L6D1



IDESPBCW194630433294168N<<<<<<
7112281F2612203ESP<<<<<<<<<<<5
RODRIGUEZ<BUJAN<<MONICA<<<<<<<<

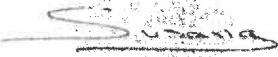
FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
RODRIGUEZ
BUJAN
NOMBRE / NOME
SUSANA
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
29 08 1975
NÚM. SUPORTE
B0A119365
VALIDEZ / VALIDEZ
05 03 2031

DNI 44810551L



512000

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CAMPO 23 P01 E
SIGUEIRO
OROSO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUJIA DE / FILLOIA DE
JESUS / ROSARIO

15771L6D1



IDESPBOA119365244810551L<<<<<<
7508295F3103050ESP<<<<<<<<<<<7
RODRIGUEZ<BUJAN<<SUSANA<<<<<<<<

DECLARANTE (HERMANA)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105785840

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARÍA DE LOS ANGELES VARGAS DÍAS.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA., con el númeroen Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA., co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

151514178

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 28

Mes 12

Año 1971

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

33294168-N

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

03:12

Día 09

Día 09

Mes 09

Mes 09

Año 2025

Año 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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) HIPERCALCEMIA TUMORAL

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c) ACTIVIDAD METASTÁSICA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) CARCINOMA DE MAMA ESTADIO IV
TRIPLE NEGATIVO

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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
Accidente de tráficoNo/Non ☒
Sí/Sí ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒
Sí/Sí ☐Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día 00

Mes 00

Año 0000

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

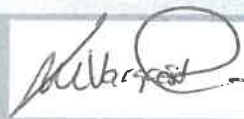
Si/Sí ☒ No/Non ☐

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 SANTIAGO DE, a 09 de SEPTIEMBRE de 2025.
En COMPOSTELA, 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 anotar **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

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

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 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 admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 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: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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.



T I T U L O D A S E P U L T U R A

Nº 9.320

Outorgado a concesión por Decreto da Alcaldía de data 16 de setembro de 1986, transmitida por Decreto do 27-novembro-1986, e transmitida por Decreto da Alcaldía con data 7 de setembro de 1999 a favor de DNA. MARIA DEL ROSARIO BUJAN SEOANE, coa facultade de usa-la sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentimento.

Ubicada no treito F, sección 9, fila 10, nº de orde 4º, no cemiterio municipal de Boisaca.

Santiago de Compostela, 9 de setembro de 1999.

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL





Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **10** de septiembre de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **MÓNICA RODRÍGUEZ BUJÁN** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33294168N**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **09** de **09** de **2025** a las **07:12** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



