

OTROS CONCEPTOS

integro (vbr. 1): com carinho VANESSA ALENDE. ^{web}
S. 12/11/2008 ^{web}

Arana 40.000 bl. Gracia y Abel 2PV

and Pey Agasar

14149929 004158130

0041781720

FALLECIDO: Maria Evudina Rodrigues Lima

Fecha de fallecimiento 9-Septiembre-2025

Domicilio *Rua Torrente N-14 - Coxo*

• Teléfonos: 687 918 257 - Jose Manuel (web) E-mail:

10-hrs - 10 hrs. lagada y recay 2° cuerpo al amanecer
NO SE PUDE RECORDER, ESTABA EN CAMAROTE METAL Y
ZINC INTERIOR

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	871'46
Capilla ardiente	Obdador	Sala Prep. Si Libro NO	640+ 54
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado	Domicilio Complejo		108
Prensa	Correa, 2		210
Radio	1 Radio		114'88
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Omnibus acompañamiento			
Turismo	17:45 h. RECORER EN DOMICILIO		46'00
Certificado médico	Si	Registro Civil: Santiago	3
Carroza	Personal		122 108'17
Ayunt.º: Sepultura	Boisaca Sep. 210		150
Iglesia	Capilla Complejo		151
Incineración	Urna:		
Presencia	☒ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	JAVIER (60)	Funeral:	Don Manuel
Flora	Correa: 120 flores		143
	Granai 120 flores y neta Política		
	Centro en una caja: 120 flores y neta		80
	(180 flores)		
Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario
			2730

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

7350

FALLECIDO: Nombre MARÍA ERUNDINA RODRÍGUEZ LEMA D.N.I. Nº 33215933T
id. de los padres RAMÓN / CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 20 - MARZO - 1936
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Calle Torrente N:14
Santiago de Compostela.

Fallecimiento: Fecha: 16:00 horas del día 9 de SEPTIEMBRE de 2025
Domicilio C / TORRENTE, 14 - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. MARÍA DE LA SOLEDAD REY RODRÍGUEZ (hija) D.N.I. 33262564X
domiciliado en C / TORRENTE, 14 - SANTIAGO DE COMPOSTELA

D/ña. Maria Erundina Rodriguez Lema L SEÑOR (Vecina de Torrente - Conxo - Stgo)

falleció en (Vda de Manuel Rey Agrasa) en el día de 9/9/25 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos Soledad, José Manuel Rey Rodríguez

Hijos políticos _____

Padres Nietos: Jorge, Daniel, David y Manel

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos NO

Nietos Políticos (NO) Maria Bisnietos NO 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

(NO)

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

APELLIDOS / APELLIDOS
RODRIGUEZ
LEMA

NOMBRE / NOME
MARIA ERUNDINA

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
20 03 1936

NUM. DOPORT **VALIDEZ / VALIDEZ**
BCN143311 01 01 9999

DNI 33215933T

Maria Rodriguez 532032

DOMICILIO / DOMICILIO
C. TORRENTE 14

SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

NUOVA DE / FILLOA DE
RAMON / CARMEN

IDESPBCN143311333215933T<<<<<<<
3603206F9901018ESP<<<<<<<<<<<<4
RODRIGUEZ<LEMA<<MARIA<ERUNDINA

ES  **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33262564X

APELLIDOS / APELLIDOS
REY
RODRIGUEZ

NOMBRE / NOME
MARIA DE LA SOLEDAD

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE** **NACIMIENTO / NACIMENTO**
F ESP 09 03 1959

EMISIÓN / EMISSION **VALIDEZ / VALIDEZ**
24 10 2023 24 10 2033

NUM. DOPORTE
CG0157907

[Signature] 658880

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
C. TORRENTE 14
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
CARACAS
VENEZUELA

NUOVA DE / FILLOA DE
MANUEL / ERUNDINA

IDESPCG0157907533262564X<<<<<<<
5903092F3310241ESP<<<<<<<<<<<<0
REY<RODRIGUEZ<<MARIA<DE<LA<SOL

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106041999

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña.
D. / Dna.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enA CAJANA
SANTAGOColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151509228

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a:

M A N I A E N U M I F M A

1º Apellido del fallecido/a:

L O D N E C U E Z

2º Apellido del fallecido/a:

L R M A

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 20

Mes 03

Año 1936

Sexo: Varón ☐ Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:

33215933-7

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

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

16:00

Día 09

Mes 09

Año 2023

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

SANTAGO

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) P A N A D A C A N D I E O - N E S P I R A T O R I A

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

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

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios 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 Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐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, a 9 de SEPTIEMBRE 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).

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 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 5 Horas Días Meses Años

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 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 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 houver 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 Anos

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 Anos

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 Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas Días Meses Anos

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 10 Horas Días Meses Anos

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 Anos

Otras recomendacións

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



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 MARÍA ERUNDINA RODRÍGUEZ LEMA que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33215933T** , según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **09** de **09** de **2025** a las **16:00** 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.





EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



- 3 -

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, Ma Erundina Rodriguez Lema - - -
- - - - - ha satisfecho la cantidad
de CINCO MIL - - - - - pesetas,
como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a per-
petuidad de la sepultura en tierra de primera
clase, número 810, del Cementerio Municipal de Boisaca.

Por tanto, se otorga a Ma Erundina Rodriguez Lema
- - - - -
la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al
acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este
Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión cele-
brada el día siete de Junio
de mil novecientos setenta y cinco
~~con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autori-~~
~~zación de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona~~
~~sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.~~

En los casos de transmisión de la concesión por herencia, venta
o donación, debe darse conocimiento a la Excmo. Corporación Muni-
cipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será
reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio 810 del Libro correspondiente.

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a catorce de Junio
de mil novecientos setenta y cinco.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EL SECRETARIO GENERAL,



Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra de primera
clase, señalada con el número ochocientos diez
del Cementerio Municipal de Boisaca.

