

OTROS CONCEPTOS

RONA (R.B.): SUS SOBRINOS DE ALFONSÍN • ERE
NTRA (R.B.): FÁTIMA E FAMÍLIA. T.P.V. • **PAGADO**
ONA R. BLANCAS: SOBRINOS PAIS FREIRE • **PAGADO**
ONA R. BLANCAS: JOSÉ PAIS REV Y ESPASA • **PAGADO**

Rosalie Pais Iglesias
* 21-3-1923
† 16-11-2025
Def
Rob. de tu fuente.

Libro: Mc Jofina Pais Iglesias

FALLECIDO: ROSALÍA PAIS IGLESIAS
Fecha de fallecimiento 16 - NOVIEMBRE - 2025
Domicilio RUA DO HOME SANTO, 48, 4.
Teléfonos: 679537106 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-A	Medida 1'80	
Capilla ardiente PRATERIAS	Sala Prep. SI Libro SI	
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado DOMICILIO - COMPLEJO APOSTOL		
LUNES	NO	28 ^{da}
Prensa	NO	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	SI 50	
Ómnibus acompañamiento	NO	Para 30x20 Bistide
Turismo 15.30	Id. RECOGER EN DOMICILIO	
Certificado médico SI (UHD)	Registro Civil: SANTIAGO	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura	BOISACA SEP. 9799	10:00
Iglesia	COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL	
Incineración	Urna: —	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino —
Cantores	XANA	Funeral X JUAN V
Flores	CORONA (R.B.): TUN HUSA	60 (115893)
	CORONA (R.B.): SUS NIETOS, NIETAS	
	POULICAS Y BISNIETOS	
☒ Sudario	☐ Cubrefúntos	☒ Vestir
	☒ Acondicionamiento	☒ Rosario

ST: 578
SANTA LUCIA
Sin: 915331357

FALLECIDO: Nombre ROSALÍA PAIS IGLESIAS D.N.I. Nº 33124898E
id. de los padres ROSA
Naturaleza ROIS Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 21 - MARZO - 1923
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio RUA DO HOME SANTO,
48, 4º - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 16 de NOVIEMBRE de 2025
Domicilio RUA DO HOME SANTO, 48, 4º - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. MARÍA JOSEFINA PAIS IGLESIAS (hija) D.N.I. 33167667B
domiciliado en RUA DO HOME SANTO, 48, 4º - 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



IDESPABU126373733124898E<<<<<
2303211F9901018ESP<<<<<<<<<8
PAIS<IGLESIAS<<ROSALIA<<<<<<<<



IDESPBDN154937433167667B<<<<<
4607289F9901018ESP<<<<<<<<<8
PAIS<IGLESIAS<<MARIA<JOSEFINA<

106041183

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

D./Dña. ALBA MARIA GONZALEZ

D. / Dña.

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

HOSPITAL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

152875319

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ROSALBA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

PAIS

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

IGLESIAS

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

33124898-E

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

¿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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) HEMATOMA SUBDURAL AGUDO NO TRAUMÁTICO

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) SINDROME MIELOPROLIFERATIVA

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
Accidente de tráficoNo/Non
Si/SiAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Si/SiFecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

02



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 17 de **NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a ROSALÍA PAIS IGLESIAS que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33124898E**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16** de **NOVIEMBRE** 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.



