

FALLECIDO: Nombre Rocio Puertas Olivet D.N.I. N° 1381 0225 J
id. de los padres Carmelo y Hortensia
Naturaleza Tonelero Provincia Cantabria
Día, mes y año de nacimiento 31- Diciembre 1935
Profesión 3º E. Melladoiro - Ames Estado Viuda Domicilio Rua Curuxa 4 Poz

Fallecimiento: Fecha: 9:05 horas del día 2 de NOVIEMBRE de 2025
Domicilio H. Provincial de Guixu
Cementerio Cremlano Apostol Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Rocio Puertas Olivet 14 SEÑORA
Vecina de Melladoiro

falleció en en el día de a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Rocio, Juan, Carmelo, Nestor, Piteira Puertas

Hijos políticos Jose Angel Ponte Fernandez, Maria Victoria Gonzalez Fuentes
Maria Jesus Martinez Garcia

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Olga y Carmelo Puertas Olivet

Maria Victoria Mosquera

Hermanos políticos NIETOS POLITICOS: Si

Maria Victoria Franck Piteira Gonzalez, Juan y Angela Piteira Varela

Nietos Bisnietos No Tios 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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
PUERTAS
OLIVET
NOMBRE / NOME
ROCIO
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
31 12 1935
NUM BOFONY
BDD158625 VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 13810225J

Rocio Olivet 340032

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. CRUXA 4 P03 E
MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TORRELAVEGA
CANTABRIA

HIJOS DE / FILLOS DE
CARMELO / HORTENSIA

IDESPBD158625213810225J<<<<<<
3512311F9901018ESP<<<<<<<<<<<<3
PUERTAS<OLIVET<<ROCIO<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
PITEIRA
PUERTAS
NOMBRE / NOME
MARIA DEL ROCIO
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
23 09 1963
NUM BOFONY
BGW188730 VALIDEZ / VALIDEZ
15 05 2028

DNI 33256228E

Maria Piteira 283328

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. ROSALIA DE CASTRO 17 P03 C
MILLADOIRO
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601



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

HIJOS DE / FILLOS DE
JUAN JOSE / ROCIO

IDESPBGW188730433256228E<<<<<<
6309233F2805151ESP<<<<<<<<<<<<1
PITEIRA<PUERTAS<<MARIA<DEL<ROC

SOLICITANTE
(HIJA)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105465975

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Hector Daniel Radard Yegres

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostelay con ejercicio profesional en CHUS

e con ejercicio profesional en

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

151813010

1ª colegiación
1ª colegiación**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

Día 31

Mes 12

Año 1935

Sexo:

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

13810225-J

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

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

09:05

Día 02

Día 02

Mes 11

Mes 11

Año 2025

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIACA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) INSUFICIENCIA CARDIACA
ESTENOSIS AORTICA SEVERAHoras Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
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 de tráfico Si/ Si ☐Accidente laboral No/ Non ☒
Accidente laboral Si/ Si ☐Fecha del mismo: Día ☐Mes ☐Año ☐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 02 de noviembre 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

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

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, sepárelas 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.

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 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 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.

Exemplo:

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 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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐

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

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas 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.



009436

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 **03** de **NOVIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ROCÍO PUERTAS OLIVET** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **13810225J**, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **02** de **noviembre** de **2023** a las **09:05** 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.



