

OTROS CONCEPTOS

Canto 18RB: **PAGADO** (Sim 1872) ~~Pagos a la familia TPV~~
Canto 24R: **PAGADO** (Sim 1873) ~~Pagos a la familia TPV~~
Canto 40R: **PAGADO** (Sim 1874) ~~Pagos a la familia TPV~~
Fi: ~~Pagos a la familia TPV~~
Canto 18RB: **PAGADO** (Sim 1875) ~~Pagos a la familia TPV~~

FALLECIDO: JOSÉ ROSAS VIGO web SF-847 ST-632

Fecha de fallecimiento 16. DICIEMBRE. 2025

Domicilio CASAS DA EDRA, 2 - STGO (Chilo)

Teléfonos: 609.820.752 José Antonio E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo <u>LDI</u>	Medida <u>19</u>		
Capilla ardiente <u>SXA TOURAL</u>	Sala Prep. <u>Si</u>	Libro <u>Si</u>	
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUV		
Carroza traslado <u>X</u>	<u>X</u> Hospitales - Confecho		
Prensa <u>X</u>	<u>X</u> Carro - 4		
Radio <u>X</u>	<u>X</u> RADIO MARTES, <u>X</u> RADIO MIÉRCOLES		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>			
Ómnibus acompañamiento <u>X</u>	<u>X</u> Inscripción letres casa - 450		
Turismo id. <u>Si</u>	<u>Si</u> Sale al tentorio		
Certificado médico <u>X</u>	Registro Civil <u>X</u> Santiago		
Carroza <u>X</u>	Personal <u>X</u> PINGLO		
Ayunt.º: Sepultura <u>X</u>	<u>X</u> Boissac - Panteón 9 - PUA A LIGEE		
Iglesia <u>X</u>	<u>X</u> CARILLA Confecho		
Incineración	Urna:		
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino <u>X</u> Datos		
Cantores <u>NO</u>	Funeral: <u>X</u> D. RICARDO		
Florero <u>X</u>	<u>X</u> 1 corona R.R.: "TO GARGA"		
	<u>X</u> 1 corona R.B.: Tus hijos e hijas Presenciales		
	<u>X</u> 1 corona R.B.: "Tus Niños" (En la casa)		
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario			

SE ENTREGA EN EL SEGUNDO

LADO DERECHA

7 TAPICERIAS PARKING

FALLECIDO: Nombre JOSE ROZAS VIGO D.N.I. Nº 33171030-Q
id. de los padres ANTONIO Y MARIA
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 20-ENERO-1947
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio CASAS DA EDRA, 2
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 00:35 horas del día 16 de DICIEMBRE de 2075
Domicilio H. CLÍNICO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. JOSE ANTONIO ROZAS COSADA (HIJO) D.N.I. 33286160-P
domiciliado en RUA PENAMARIA, 92-1º-B- SANTIAGO

E L SEÑOR
D/ña. JOSE ROZAS VIGO (PROPIETARIO DE TALLERES AMIO)
(VECINO DE VISO - SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de _____ a los 78 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa AURORA ZOSADA ANDRADE

Hijos JOSE ANTONIO, FRANCISCO JAVIER, MARCOS Y ROSA ROZAS COSADA

Hijos políticos MARIA LUISA GIL, MARIA JESUS MARQUEZ Y JUAN ENRIQUE GARCIA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos MANOLO (+), ANTONIO, MONCHO (+), VIRGILIO Y ESTHER ROZAS VIGO

Hermanos políticos Si

RAIS Y NEREA, NICOLAS Y DARIO Y NOELIA

Nietos _____ Bisnietos _____ 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

106047857

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello Carimbo

D./Dña.
D. / Dña.

Emilio José García González

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

A Coruña

con el número
co número

Santiago de Compostela

151513598

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: 2056
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: 207AS
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: VILCO
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 20 Mes 01 Año 1947
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33111030-0
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 00:35 Día 16 Mes 12 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 ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de traballo 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 inmediata / Causa inmediata
(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a / Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias
(b) VOMITOS
Debido a / Debido a

(c) BALNOLOASPIRACION
Debido a / Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(d) ESTREÑIMIENTO
Debido a / Debido a

II. Otros procesos / Outros procesos
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Si No/Non ☒
¿Se practicó autopsia clínica? / Practícouse autopsia clínica? Si/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 Si/Si Accidente laboral Si/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 San Hugo, a 16 de Diciembre de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

11411034
DR. EMILIO JOSÉ
GONZÁLEZ

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 0
Horas Días Meses Años
debido a 2 0 0 0 0 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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 00 Días 00 Meses 00 Años 05

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 00 Días 00 Meses 00 Años 01

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 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 transcorrido 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 0 0 0 0 0
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 0 0 0 0 0
Horas Días Meses Anos
debido a 2 0 0 0 0 0
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

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 00 Días 00 Meses 00 Anos 01

5 Outros procesos:

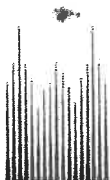
Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

Horas 00 Días 00 Meses 00 Anos 05

Outras recomendacións

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



CONCELLO DE
SANTIAGO

SRB/914/2007

**TITULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO
DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA**

Panteón - 9 Rúa "A"

0A009TODO

Outorgada a Propiedade por Decreto de Alcaldía de data 27 de decembro de 1990 e autorizada a transmisión do dereito funerario por Resolución da Concelleira Delegada de Servizos de data do 15-11-2007, favor de:

Titulares	DNI
JOSE ROZAS VIGO	33171030Q
MARÍA ESTHER ROZAS VIGO	33216668E

O uso da unidade de enterramento esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de traslación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 16 de novembro de 2007

A CONCELLEIRA DELEGADA DE SERVIZOS

O SECRETARIO XERAL DO
GOBERNO MUNICIPAL

Asdo.: Marta Álvarez-Santullano Fernández-Trigales

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández



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 **16** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/^a JOSÉ ROZAS VIGO que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33171030Q según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 00:35 las, 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.



