

OTROS CONCEPTOS

ONA ROSAS BLANCAS (160'50€): FAMILIA ROSAS HERNANDEZ
PAGADO (Efectivo - RECEPCIÓN)

AGRIMA: TUS HERMANOS
10/18 RB: Familia **PAGADO** (Efectivo - RECEPCIÓN)
10/24 ROSAS: Familia **PAGADO** (Efectivo - RECEPCIÓN)
10/24 ROSAS: Familia **PAGADO** (Efectivo - RECEPCIÓN)

Santiago Rosas Sixto 1998
Rosas Bautis Celvelo 2016
Stavel Vazquez Celvelo 2019 (Botel del alvarado)
Sietre, tanatorio, libro fimer, 1 Coroa, 1 Centro
Arce n° Dos, Radio, taxi, capilla, servicio
eligioso, cantor, sepulturo e inscripción
ningo e b tarde

FALLECIDO: **Josafé Rosas Bautis**
Fecha de fallecimiento: **24- Enero- 2026**
Domicilio: **12/Ago de Garida, 8 - Sar- Stgo**
Teléfonos: **670 016480** E-mail: **jesuscearotas@gmail.com**

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida	1'90
Capilla ardiente	Obradoiro	Sala Prep.	Si Libro X Si
Gestión funeraria	Si		☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	Dimicilia - Complejo		
Prensa	Vernee N° 4		
Radio	NO		Inscripción x del Correo X
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id. Sala el Tanatorio D Ricardo		63'00
Certificado médico	Si	Registro Civil	X Stop
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	Boisaca	Sep. 2304 (tiene lápida)	X Rinde
Iglesia	Capilla Complejo		
Incineración	Urna:		
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	X Datos
Cantores	NO	Funeral	X Ricardo
Flóres	1 Loberia (R. Regal) TV Esporo		
	1 INCERIMA (R.B) TV HISO J TV Nueva		X (R.B) X (R.B)
	1 Centro (18 R.B) (Envío caja) TVS VIETAS		Albay Noao

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario
Ns, puso familia

la familia solicitó a S. Obradoiro
← pagar ellos la diferencia

FALLECIDO: Nombre Josefa Rozas Bautis D.N.I. Nº 33219475-T
id. de los padres Santiago y Nieves
Naturaleza Santiago Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 25 DE JUNIO DE 1958
Profesión - Sar - Stgo Estado Galicia Domicilio 1/Agra de Garrido, 8

Fallecimiento: Fecha: 01:20 horas del día 24 de 1 de 2026
Domicilio 12/ Agra de Garrido, 8 - Sar - Stgo
Cementerio Boisace Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre Jesus Cea Varela

LIBRO DE FAMILIA Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. Jesus Cea Varela (esposo) D.N.I. 33206249-E
domiciliado en _____

L/ SEÑORA.
D/ña. Josefa Rozas Bautis
"Fina" (Vecina de Sar - Stgo)

falleció en _____ en el día de 24/1/26 a los 69 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Jesus Cea Varela
Hijos Jesus Cea Rozas

Hijos políticos Mónica Cabaleiro Fernández

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos Mari Carmen y Jose Enrique (kiko) Rozas Bautis

Hermanos políticos Si
Alba y Noa Cea Cabaleiro

Nietos _____ Bisnietos _____ 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

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33219475T

APELLIDOS / APELIDOS
ROZAS
BAUTIS

NOMBRE / NOME
JOSEFA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
F ESP 25 06 1956

EMISION / EMISSION VALIDEZ / VALIDEZ
19 09 2025 19 09 2035

MULTI-SOPORTE
CL1118838

848000

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

 **REINO DE ESPAÑA**  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD 

 DNI 33206249E

APELLIDOS / APELLIDOS
CEA
VARELA

NOMBRE / NOME
JESUS

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
M ESP 25 06 1952

EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
28 06 2022 01 01 9999

NUM SOPORTE
CCR162006

  857856

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106040504

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. JAVIER DA COSTA MORENO **COLEGIO LICENCIADO**
D./Dña. _____
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUNTA, con el número _____
en Medicina e Cirugía, colexiado/a en _____, co número _____
y con ejercicio profesional en _____
e con ejercicio profesional en _____

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

1 5 3 2 0 3 2 7 5

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento Día Mes Año Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de naixement Dia Mes Any Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33219475-7
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 07 : 20 Día 24 Mes 07 Año 2026
Hora e data da defunción Hora : minutos 07 : 20 Día 24 Mes 07 Ano 2026

¿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 instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) D E T E R I O N O G E N E R A L

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) E D E N A V A S O G É N I C O F R O M T O P A R I E T A

Horas Horas Días Días Meses Meses Años Años

Debido a/Debido a

[illegible]

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) S L I O R Z A S T O N A M Y L T I F O R M E
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

[illegible]

¿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 ☒ Sí/Si ☐ Accidente laboral No/Non ☒ Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia 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 24 de ABRIL de 2026

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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
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 anotaré 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 10
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 dizer, 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 Defunción.

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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
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 defunción. 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 5
Horas Días Meses Anos

Otras 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, 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago de Compostela

Téndose inscrito no Rexistro Civil de

la defunción de don JOSEFA ROZAS BAUTIS

a defunción de don/a

ocurrida a las 01:20

ocorrida ás

horas del día

24

horas do día

2026

de

enero

de

de

de

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las ~~veinticuatro~~ ¹² horas siguientes a la del fallecimiento.

¹² ~~veinticuatro~~ horas do fallecemento

Registro Civil de

Santiago de Compostela

Rexistro Civil de

A

24

de

enero

O

de

de
de

2026

~~(Firma)~~
~~(Firma)~~

4 LETRADA

Antía Alvaredo Arias



Subscription price, Five Dollars Per Annum in Advance. Single Copies, Fifteen Cents. Entered as Second-Class Matter, October 3, 1917. Postpaid. Accepted for mailing at special rate of postage provided for in Act of October 3, 1917. Authorized by Act of October 3, 1917. Paid for postage by the publisher. Postmaster: Send address changes in advance to JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Copyright, 1935, by American Medical Association. All rights reserved. Reproduction of this journal in whole or in part without permission is prohibited. Printed at the American Medical Association Press, Chicago, Ill.

Published by the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editor: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Business Manager: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Advertising Manager: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.

Editorial Board: J. C. BRADY, M.D., 535 North Dearborn Street, Chicago 10, Ill.