

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: PERFECTA RODRIGUEZ RGT
Fecha de fallecimiento 29 DE ENERO DE 2026
Domicilio H. CONXO / AUSA VILACHIN, 1-1º C-NEGRO
Teléfonos: 636.600.843 E-mail:
WES
ST-17
ST-66
SC-30

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 1'90	838
Capilla ardiente T. REPARACIONES 2	Sala Prep. SI Libro XSI	896/56/29'40
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUV	199'60
Carroza traslado HOSPITAL - TANATORIO		115
Prensa NO		
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo id. NO		63
Certificado médico XSI	Registro Civil: XASINGO	3
Carroza 2	Personal	198/23.5
Ayunt.º: Sepultura	Pindeo	173
Iglesia SANTA MARIA DE TRASTAMARA		
Incineración SI	Urna: X	360/152'30
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino: X 55	(114) 80
Cantores XArca	Funeral: 1+2	X 170 (122080)
Flóres	Centro 24 rosas bl. Tus hermanas	114
	Centro 24 rosas bl. Tus hermanas políticas	114
	Centro 24 rosas bl. Tus sobrinos	114
		3650
		7+20

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre PERFECTA RODRIGUEZ RET D.N.I. N° 33146802 F
id. de los padres JESUS Y DOLORES
Naturaleza A.M.E.S Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 11 DE ENERO 1937
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio AUDA VILACHA, 1-10
NEGREIRA

Fallecimiento: Fecha: 02:30 horas del día 29 de ENERO de 2026
Domicilio H. CONYO - SANTIAGO
Cementerio CREMATORIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
RODRIGUEZ
 REY
 NOMBRE / NOME
PERFECTA
 SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
11 01 1937
 NUM SOPORT
B0W115471 01 01 9999

DNI 33146802 F

[Signature] **444224**

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. VILACHAN 1 P01 C
NEGREIRA
A CORUÑA
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
A CORUÑA
 HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / DOLORES

EQUIPO / EQUIPO
15771L6DV

IDESP B0W115471633146802 F<<<<<<
3701113 F9901018 ESP<<<<<<<<<<8
RODRIGUEZ<REY<<PERFECTA<<<<<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33213523M **DNI 33213523M**



APELLIDOS / APELLIDOS
HOMBRE
RODRIGUEZ
 NOMBRE / NOME
MARIA LOURDES
 SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP NACIMIENTO / NACIMENTO
20 07 1954
 EMISIÓN / EMISIÓN
14 09 2021 VALIDEZ / VALIDEZ
14 09 2031
 NUM SOPORTE
CAL129945

[Signature] **506240**

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. PORTANXIL 28
AMES
A CORUÑA
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
A CORUÑA
 HIJO/A DE / FILLO/A DE
JESUS / DOLORES

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCAL129945733213523M<<<<<<
5407202 F3109144 ESP<<<<<<<<<<6
HOMBRE<RODRIGUEZ<<MARIA<LOURDE

DECLARANTE (SOBRINA)

105698646

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

151514292

Nº colegiación
Nº colegiación

D./Dña. JOSÉ MANUEL ABUELO REY

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A GRUÑA

, con el número

en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en

, co número

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

PERFECTA

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

RODRIGUEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

REY

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:
Número:

33146802-F

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:
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 trabajo

☐ Otro lugar
☐ Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) INTOLERANCIA ORAL

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) DISFAGIA OROFARÍNGEA

Horas
Días
Meses
Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas
Días
Meses
Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

SI/SI ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse 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

10 10 10

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

SI/SI ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

SI/SI ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En SANTIAGO, a 29 de ENERO de 2016

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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.

Mod. CMD-BED-G

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas da 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 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 decir, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Años

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 Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐
Horas Días Meses Años

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐
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.

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 30 de **ENERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **PERFECTA RODRÍGUEZ REY** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33146802F** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29 de enero de 2026** a las **02:30** 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.



