

OTROS CONCEPTOS

PAGADO

WURO (VIAJE) IN, BEA, SARA Y NIÑO Efectivo
35.131955 German

FALLECIDO: ROSALÍA PÉREZ ALVAREZ
Fecha de fallecimiento 26 DE FEBRERO DE 2026
Domicilio AUDA. ROSALÍA DE CASTRO, N°7-3°A-MICADOIRO-ANES
Teléfonos: 629.88.79.79- ISABEL E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida 1'80		78590
Capilla ardiente T.CALO, 2	Sala Prep. Si	Libro Si	
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUW		
Carroza traslado DOMICILIO - T.CALO			
VIERNES 16:45			
Prensa No			
Radio	2 VECES VIERNES (solo 1 Vea)		25000
Recordatorios fúnebres / tarjetas No			
Ómnibus acompañamiento			
Turismo id.			Deschosp. 24'80
Certificado médico Si	Registro Civil: ANES		
Carroza Personal			
Ayunt.º: Sepultura CALO	ROJO LÁPIDA FAMILIA		100
Iglesia SAN JUAN DE CALO	ABEL		
Incineración	Urna: JOSE SACRISTAN		60'00
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino: PATRONATO		72
Cantores SUSO LUQU	Funeral: ZACARIAS		140 (124314)
CARONA ROSAS ROSAS: TU ESPOSO			
Flores CARONA ROSAS BLANCAS: TU HIJA E HIJO POLITICO			146
CENTRO 24 ROSAS BLANCAS: ACTIÉ Y ALLEN			95'00

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

VAR DE CALO, 86

FALLECIDO: Nombre ROSALÍA PÉREZ ÁLVAREZ D.N.I. Nº 34684210-A
id. de los padres CLEMENTE / DAIA DIA DILA
Naturaleza VILAMARTÍN DE VALDEORRAS Provincia ORENSE
Día, mes y año de nacimiento 29 DE ENERO DE 1938
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio LDA ROSALÍA DE CASTRO, Nº 7
3ª - MILLADOIRO - AMES

Fallecimiento: Fecha: 12:00 horas del día 26 de FEBRERO de 2026
Domicilio AVENIDA ROSALÍA DE CASTRO, Nº 7 - 3ª - MILLADOIRO - AMES
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. ISABEL ARIAS PÉREZ (HIJA) D.N.I. 35559616-4
domiciliado en AVENIDA ROSALÍA DE CASTRO, Nº 67 - 3ª B - MILLADOIRO - AMES

L SEÑOR
D/ña. ROSALÍA PÉREZ ÁLVAREZ
(UECINA DE MILLADOIRO - AMES)

falleció en _____ en el día de 26/2/26 a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a ALBERTO ARIAS BRESA
Hijos ALBERTO (+), ISABEL ARIAS PÉREZ

Hijos políticos SANTIAGO RIVAS FROCA

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos SI

GERMÁN Y SABELA; ALFIE Y ALLEN Nietos Políticos: SI

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



D./Dña. NO INMAVILADA SÓJER PARRA
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151511260

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ROSALBA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: PÉREZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: ALJALEZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 29 Mes 01 Año 1936
Data de nacemento Día 29 Mes 01 Ano 1936
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 34584210-A
Documento de identidade: ☐ 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 12:00 Día 26 Mes 02 Año 2026
Hora e data da defunción Hora: minutos 12:00 Día 26 Mes 02 Ano 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? AMES

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 inmediata² / Causa inmediata²
(a) FRACASO CIRCULATORIO AGUDO
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) INSUFICIENCIA CARDÍACA
REFRACTARIA
Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA CARDÍACA
REFRACTARIA
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) VALVULOPATÍA AÓRTICA Y MÍTICA
Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA
VALVULOPATÍA AÓRTICA Y MÍTICA

¿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
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 incineração

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 AMES, a 25 de FEBRERO 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
debido a 2 ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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 Defunção.

Causa básica de defunção: "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 dizer, 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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

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

(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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐
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 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.



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 27 de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ROSALÍA PÉREZ ÁLVAREZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **34684210A** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **26 de FEBRERO DE 2026** a las **12:00** horas, acaecida en **AMES**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



