OTROS CONCEPTOS

Ramo 24 RB: Amigos de Nuestro Horas PAGADO S:565 Web

F.U. Mail "De: [illegible] Cinto con mucho cariño" PAGADO S:564 Web

ramo 18 rosas bl: Estación Lugo PAGADO TPV SIMPLI 569

ramo 40 rosas bl: AD Regueira

Fra: 479

478 Web ST: 177 ST: 176

FALLECIDO: MARIA AURORA LOUSADA ANDRADE

Fecha de fallecimiento 29 - MARZO - 2026

Domicilio HOSPITAL GIL CASARES / C/ CASAS DA ROIRA, 2 SANTIAGO

Teléfonos: 609800752 (José Antonio Hijo) E-mail: jozas1@gmail.com

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo 201	Medida 1'90	1856
Capilla ardiente COMPLEJO TORAL	Sala Prep. Si / Libro X Si	656/55/28'95
Gestión funeraria X Si	☐ Tramitación UUVV	177
Carroza traslado X HOSPITAL — COMPLEJO.		109
Prensa	X CORREO Nº 1 LUNES.	210
Radio	RADIO LUNES X, 1 vez.	117'36
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id. Cura sale al Tanatorio		
Certificado médico X Si	Registro Civil: SANTIAGO.	3
Carroza	Personal X PINEZO	125/110/132'70
Ayunt. X Sepultura BOISACA PANTEÓN 9 RÚA A		135
Iglesia CAPILLA COMPLEJO	(ENTERRAR ENCIMA JOSÉ ROMÁS DIAZ ESTÁ VACÍO.)	154
Incineración	Urna: (INSCRIPCIÓN LÁPIDA IGUAL DANIDO)	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores NO	Funeral: X D. RICARDO.	Datos Mail X 60 (126672)
Flores: 1 CORONA YOR.B "Tus hijos e hijos Políticos"		146
1 CORONA YOR.B "Tus nietos"		146
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento	☐ Rosario	

LUNES 17:45

LILAS

DARELIDAS TARJETAS PARKING

FALLECIDO:

Nombre DARÍA AURORA LOUSADA ANDRADE D.N.I. Nº 33.192.851 X

id. de los padres JOSÉ / DARÍA

Naturaleza BOIDORTO Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 28 - JULIO - 1947

Profesión Estado VIUDA Domicilio C/ CASAS DA EDRA, 2.

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 29 de MARZO de 20 26.

Domicilio HOSPITAL GIL CASARES

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

LA SEÑOR A

D/ña. DARÍA AURORA LOSADA ANDRADE (VIUDA DE JOSÉ ROZAS VIGO)

(Propietaria de Talleres AMIO) (COCINA ~~del Cocer de Elea~~ VISO - SANTIAGO)

falleció en en el día de a los 78 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~ JOSÉ ANTONIO, FRANCISCO JAVIER, MARCOS Y ROSA ROZAS LOSADA.

Hijos

Hijos políticos DARÍA LUÍSA GIL, DARÍA JESÚS MÁRQUEZ y JUAN ENRIQUE GARCÍA.

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Si.

Hermanos políticos Si

BRAIS y Nerea; Nicolás y Darío y Noelia

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
LOUSADA
ANDRADE

NOMBRE / NOME
MARIA AURORA

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
28 07 1947

NUM SOPORT: BLY125164
VALIDEZ / VALIDEZ: 01 01 9999

248768

DNI 33192851X

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CASAS DA EDRA 2
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 157711.6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BOIMORTO
A CORUÑA

NIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / MARIA

IDESPBLY125164133192851X<<<<<<
4707282F9901018ESP<<<<<<<<<<<7
LOUSADA<ANDRADE<<MARIA<AURORA<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
ROZAS
VIGO

NOMBRE / NOME
MARIA ESTHER

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
28 08 1953

NUM SOPORT: BEQ145936
VALIDEZ / VALIDEZ: 18 07 2027

294400

DNI 33216668E

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. LUGO 20 A P01 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 157711.6D1

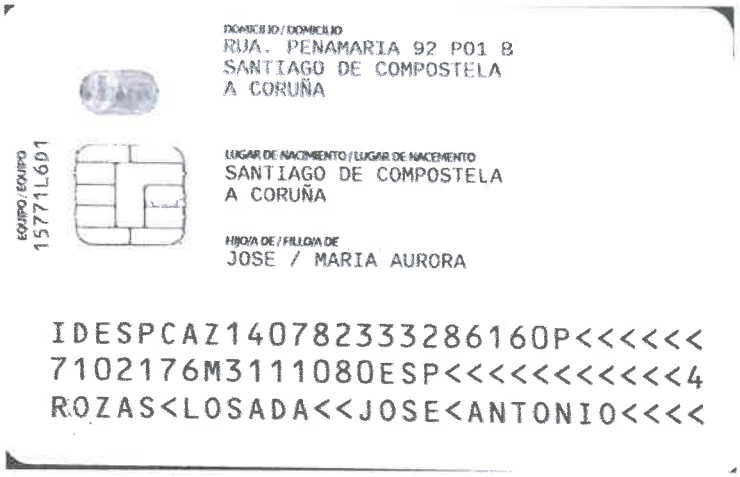
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

NIJO/A DE / FILLO/A DE
ANTONIO / MARIA

IDESPBEQ145936733216668E<<<<<<
5308284F2707185ESP<<<<<<<<<<<3
ROZAS<VIGO<<MARIA<ESTHER<<<<<<

SOLICITANTE

FALLECIDA



SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — A CORUÑA

Sello/*Carimbo*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105940822

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. NOEMÍ OROÓÑEZ AGRAFOJO
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15118988
1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** MARIA AURORA
1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** ~~LOSADA~~ LOUSADA *vale corrección*
2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** ANDRADE

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 28 — Mes / *Mes*: 07 — Año / *Ano*: 1947 — **Sexo:** / ***Sexo:*** Varón / *Varón* ☐ Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número*: 33192851-X
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número*:
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número*: ☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos*: 15:35 — Día / *Día*: 29 — Mes / *Mes*: 03 — Año / *Ano*: 2026

¿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 traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) CARCINOMATOSIS PERITONEAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) ASCITIS REFRACTARIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) CARCINOMA DE OVARIO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5] — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐
Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* ☒ No/*Non* ☐

Incineración condicionada por:/*Incineración condicionada por:*

☐ **Retirada de Marcapasos/*Retirada de marcapasos***

☐ **Tratamiento con Isótopos Radioactivos/*Tratamiento con isótopos radioactivos***

☐ **Existencia de prótesis/*Existencia de prótesis***

En / *En* Santiago, a / *a* 29 de / *de* marzo de / *de* 2026

Firma del médico / *Sinatura do médico*

8758349
DRA. NOEMI ORDOÑEZ
GRAFOJO

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 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 ☐ 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

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

II

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 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **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 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 defunción, 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 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 ☐ 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras 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.

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

Asdo.: Marta Álvarez-Santullano Fernández-Trigales

O SECRETARIO XERAL DO GOBERNO MUNICIPAL

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

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 **MARZO** de **2026.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **MARÍA AURORA LOUSADA ANDRADE** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº **33192851X** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29 de MARZO DE 2026** a las **15:35** 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.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
30/03/2026 13:33	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Maria Manuela Garcia Jalon de la Lama	ENCARGADO

RG:X9Xv-ZZUF-mjc6-y4&Y