

OTROS CONCEPTOS

~~Centro Model: PAGADO~~ B biam S.1004
entro 8250 venado: Medicina Xenomica. Fund. Rblio Gebe 9.X
gna. ezara. tuil6a) enas. es 615926488
H. Cl. 10 - Chapana / sh.
15006 981951491

FALLECIDO: DENYSE HUSSON ROUSSELET

Fecha de fallecimiento 3A - MAYO - 2028

Domicilio RIA MONTERO RIOS, 24, 6° ITO - SANTIAGO

Teléfonos: 029173187 GUILLERMO E-mail: GUIBARHU@GMAIL.COM

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C-1	Medida	996 /
Capilla ardiente SAYS CERVANTES Sala Prep. XSI Libro XSI		656 / 55 / 2895
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	177 /
Carroza traslado X MONTERO RIOS - COMPLEJO ARISTOL		109 /
Prensa X CORREO - 2		210 /
Radio NO		231 /
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO		
Ómnibus acompañamiento X EXTRACTO MARINERO		74 20 /
Turismo 18:45 id. X EN DOMICILIO		46 /
Certificado médico XSI X(PAC)	Registro Civil: SANTIAGO	3 /
Carroza	Personal	132'70 /
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia CAPILLA COMPLEJO		154 /
Incineración Si 120:00	Urna: B10	360 / 132'50
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino CUSTODIA FAMILIAR	
Cantores NO	Funeral: X Wili (somnoliento)	60 (131048)
Flores X 1000 TULIPANES (30x10x10)		95
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		35'50 /
		35'50 /

FALLECIDO: Nombre DENYSE HUSSON ROUSSELET D.N.I. N° 331953180
id. de los padres PAUL / ANDREE
Naturaleza CAEN - CALVADOS Provincia FRANCIA
Día, mes y año de nacimiento 2 - MAYO - 1941
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio MONTERO RÍOS, 24 - 6° IZQ
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 19:45 horas del día 31 de MAYO de 2026
Domicilio SU DOMICILIO - MONTERO RÍOS, 24, 6° IZQ - SANTIAGO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.° SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. GUILLERMO PABLO BARTOLOME HUSSON hijo) D.N.I. 33300948F
domiciliado en RÍO MONTERO RÍOS, 24, 6° IZQ - SANTIAGO

LA SEÑORA

D/ña. DENYSE HUSSON ROUSSELET
(VIUDA DE JOSÉ ANTONIO BARTOLOME ARGÜELLES - "ARQUITECTO")
falleció en _____ en el día de _____ a los 85 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa/a _____

Hijos CAROLINA, ADRIAN Y GUILLERMO BARTOLOME HUSSON

Hijos políticos XULIO MASIDE Y NURIA MARIÑO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos NO

Hermanos políticos LOURDES BARTOLOME ARGÜELLES EN

XULIO ANTON MASIDE BARTOLOME

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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105792350

Colegio de A CORUÑA Colexio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. GERMANO GONCAL FIEDELO
 D. / Dna.
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
 y con ejercicio profesional en
 e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151529228

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: DENYSE
 Nome do falecido/a:
 1º Apellido del fallecido/a: HUSSEIN
 1er Apellido do falecido/a:
 2º Apellido del fallecido/a: NOUSSELET
 2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 02 Mes 05 Año 1941 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
 Data de nacemento Día 02 Mes 05 Ano 1941 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33195312-8
 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 : minutos 19:45 Día 31 Mes 05 Año 2026
 Hora e data da defunción Hora : minutos 19:45 Día 31 Mes 05 Ano 2026

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

SANTIAGO

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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIO-RESPIRATORIA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Debido a / Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

(c) Debido a / Debido a
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA TRIFCUSPIDEA SEVE-
RA
 Horas Días Meses Años
 Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

 Horas Días Meses Años

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

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
 Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

Continúa al reverso
 Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☒ VALE COMECCION

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 CAUTINCO, a 31 de MAYO 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

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

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 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 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 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) Hemorragia 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

(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

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: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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 **01** de **JUNIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **DENYSE HUSSON ROUSSELET** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33195318Q** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **31 DE MAYO DE 2026** a las **19:45** 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.



