

OTROS CONCEPTOS

18/1

web

ST: 550

FALLECIDO: ELVIRA CAUDE BIANCO

Fecha de fallecimiento 18 de noviembre de 2024

Domicilio R. SERVISERENA - LUGAR OUTERO DO CASTEIREIRO 72

Teléfonos: 619522071

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1,90
Capilla ardiente	S. Cervantes	Sala Prep. Si Libro X
Gestión funeraria	X Si	X Tramitación UUW Si 170
Carroza traslado	X Residencia - Complejo	105
PARTES		
Prensa	No	Placa Acero B. B. 145
Radio	No	
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. id. Sub al tanatorio	
Certificado médico	X Si	Registro Civil Santiago 3
Carroza	X Personal	120 + 127
Ayunt.º: Sepultura	X 5206 Pop	150
Iglesia	Capilla Complejo	149
Incineración	Urna: —	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino Borsuca
Cantores	No	Funeral: X J. P. Piso
Flores	X 18 R. B. Hénica y familia	80
	X 18 R. R. Carlos y Eugenia	80
		34'10
		34'10
		72'10

☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre ELVIRA CONDE BLANCO D.N.I. N° 33177456W
id. de los padres CONSTANTINO Y SOLEDAD
Naturaleza SANTIAGO DE CASTOFEIA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 24 de febrero de 1939
Profesión _____ Estado Saltera Domicilio Otero do Castreirao, 7
(Residencia Servisenior) Santiago
Fallecimiento: Fecha: 13:30 horas del día 18 de noviembre de 2024
Domicilio Residencia Servisenior - Otero do Castreirao, 72 - Santiago
Cementerio Boisno Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. Fha a fallecido (_____) D.N.I. _____

domiciliado en Cta. ES67. 2080. 0316. 2930. 0007. 1364

LA SEÑORA

D/ña. Elvira Gude Blanco
Vecina de Santrasto

falleció en _____ en el día de _____ a los 85 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

~~Su esposo/a~~ _____

~~Hijos~~ _____

~~Hijos políticos~~ Ahogado: Carlos Blanco Otero y su esposa
Eugracia Fernandez Graña.

~~Padres~~ _____

~~Abuelos~~ Sobrina nieto: Rosalia Blanco Fernandez su

~~Padres políticos~~ esposa: Javier Fernandez y su hija Sofia

~~Hermanos~~ _____

~~Hermanos políticos~~ _____

~~Nietos~~ _____ ~~Bisnietos~~ _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de Capilla Gimplejo

CASA MORTUORIA: Cenantes

(SI / NO) SE RECIBE DUELO Si

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado



FALLECIDA



SOLICITANTE (SOBRINO)


CONCELLO DE
SANTIAGO

SELLO MUNICIPAL 3 .100
28/12'92 H000A0030 TOTAL 5 .100
13:19

TITULO DE CONCESION

28 DIC. 1992

Da SEPULTURA Nº 5206, ubicada no treito A,
sección 2, fila 9, nº de orde 8, no cemiterio
municipal de Boisaca a nome de D. CARLOS BLANCO
OTERO e esposa: DNA. ENGRACIA FERNANDEZ GRANJA.-----

Concedida por Decreto da Alcaldía con data 10
de novembro de 1992, coa facultade de usa-la
sepultura cando sexa preciso, previa autorización da
Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa
sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 12 de novembro 1992

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105592891

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

LA CORUÑA

con el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 24

Mes 02

Año 1939

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:

D.N.I.

Número:

33 177456-W

Documento
de identidad:

Pasaporte

Número:



Pasaporte

Número:



N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:



N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

13:30

Día 18

Día 18

Mes 11

Mes 11

Año 2024

Año 2024

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

SANTO DOMINGO

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro 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) PANADA CAARDIOLAR PELA TORNIX

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ANILITIA CAARDIACA

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) FALLO MULTIORGANICO

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵CANCINOMA COLON METASTASICO
CANCINOMA MAMA

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

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

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 18 de NOVIEMBRE de 2028

Firma del médico
Sinatura do médico

Dr. A. L. G. G. G.
8903/86 G. G. G.

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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐ ☐ ☐

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 defuncção se comece pela **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 transcurrido 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 excluyentes, 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 ☐ ☐ 45 ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐

Outras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/o 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ELVIRA CONDE BLANCO
, con documento identificativo DNI, 33177456W según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 18 DE NOVIEMBRE DE 2024
a las 13:30 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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

En Santiago de Compostela a 19 DE NOVIEMBRE DE 2024

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
19/11/2024 10:16

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y
Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:yBjD-tP5k-qBvE-W542

