OTROS CONCEPTOS

web

SF:208
HHO.ST:23

FALLECIDO: Generosa Quinoy Olveira

Fecha de fallecimiento 33 DE MARZO DE 2025

Domicilio Rua San Domingo 148- Colo- Teo

Teléfonos: 679814299- Jaime (~~hij~~ Sobrino) E-mail:

Cooperativa Sollanz.

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1,90	
Capilla ardiente Colo-2 Sala Prep. Si HHO Libro ~~Si~~	
Gestión funeraria Sí ☒ Tramitación UUVV	
Carroza traslado ~~Domicilio~~ - TANATORIO	
Prensa No	
Radio ~~R.~~ Netes (lunes) Lunes 17:00	
Recordatorios fúnebres / tarjetas ~~1~~ 100	
Ómnibus acompañamiento 1	
Turismo id. Recoger en iglesia de Colo.	
Certificado médico ~~Si~~ Registro Civil ~~Teo~~	
Carroza Personal ~~Rojo~~	
Ayunt.º: Sepultura Colo ~~Patronato~~	
Iglesia San Juan de Colo ~~Sacristan~~	60'00
Incineración Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores ~~Si~~ ~~Suso Lugo.~~ Funeral: ~~Zacarías~~ 999989	~~140~~
Flores 1 Corona 40 R. Rojas "Tua irmã e irmanpolítica".	
1 Corona 40 R. Blancas "Os teus sobrinos".	
~~Esquela en Cementerio e Iglesia~~	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre Generosa Quiñoy Olveira D.N.I. Nº 33071921-Z

id. de los padres Manuel y Manuela

Naturaleza Teo Provincia A. Coruña

Día, mes y año de nacimiento 25-Junio-1934

Profesión Estado Soltera Domicilio Agar San Domingo Nº 8 - Calo - Teo

Fallecimiento:

Fecha: 18:00 horas del día 23 de MARZO de 2025

Domicilio San Domingo - Calo - Teo

Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

LA SEÑORA

D/ña. Generosa Quiñoy Olveira

(Vecina de San Domingo - Calo - Teo)

falleció en en el día de 23-3-2025 a los 90 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos Sobrinos políticos: Jose Manuel Rebolledo y Javier Rana

Padres Sobrinos: Jaime, Maribel y Esther Blanco Quiñoy

Abuelos

Padres políticos

Hermanos ~~Dolores Quiñoy~~ Manuel (†) y Dolores Quiñoy Olveira.

Hermanos políticos Jaime Blanco Teo

(En gallego)

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos 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

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
QUIÑOY
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
OLVEIRA
NOMBRE / NOME
GENEROSA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
25 06 1934
IDESP
AAH153810
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

DNI NÚM.
33071921Z

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
TEO
PROVINCIA/País / PROVINCIA-País
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / MANUELA
DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SANTO DOMINGO CALO 2
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
TEO
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L601

IDESPAAH153810133071921Z<<<<<<
3406256F9901018ESP<<<<<<<<<<<7
QUINOY<OLVEIRA<<GENEROSA<<<<<<

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33281313Z

DNI 33281313Z

APELLIDOS / APELIDOS
BLANCO
QUIÑOY
NOMBRE / NOME
JAIME
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACEMENTO
M ESP 01 06 1969
EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
05 07 2023 05 07 2033
NUM SOPORTE
CFP126028

695744

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SAN DOMINGO-CALO 8
TEO
A CORUÑA

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JAIME / DOLORES

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

IDESPCFP126028733281313Z<<<<<<
6906012M3307054ESP<<<<<<<<<<<7
BLANCO<QUIÑOY<<JAIME<<<<<<<<<<

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

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS A CORUÑA

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de A CORUÑA / Colexio de

Sello/Carimbo

105527066

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. FRANCISCO JOSÉ GARCIA LÓPEZ
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*

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 1507899

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** GENEROSA

1º Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** JUIÑOY

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** OLVEIRA

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 25 — Mes / *Mes* 06 — Año / *Ano* 1934

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33071921-Z
- ☐ 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* 18:00 — Día / *Día* 23 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 2025

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

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) PARADA CARDIOVASCULAR — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA — 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) INFECCIÓN RESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Outros 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/*Tratamento con isótopos radioactivos***

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

En / *En* SANTIAGO, a / *a* 23 de / *de* MARZO de / *de* 2025

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 ☐☐ 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, senòn 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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de GENEROSA QUIÑOY OLVEIRA , con documento identificativo DNI, 33071021Z según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 23 DE MARZO DE 2025 a las 18:00 horas, acaecida en TEO .

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 24 DE MARZO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
24/03/2025 12:04	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:GZgk-9Xtq-x8Xm-H$TD