## OTROS CONCEPTOS

ST- 120

FALLECIDO: María Luisa Blanco Gabeiras

Fecha de fallecimiento: 6 - Marzo - 2025

Domicilio: H. Conxo / Tras del Pilar, 8

Teléfonos: 698140084 J. Ramón (Sobrino) E-mail:

ya a una a la cop. SANTO DOMINGO (cod. cajo 220310)

| CONCEPTOS | Servicio prestado |
|---|---|
| Arca modelo: C-1 Medida: 1'9 | 766'80 |
| Capilla ardiente: Sala Toural Sala Prep.: Si Libro: Si | |
| Gestión funeraria: Si ☐ Tramitación UUVV | |
| Carroza traslado: X Hospital - Complejo F.A. | |
| Prensa: Correo, 2 | |
| Radio: 1 vez Jueves y 1 vez Viernes | 229'76 |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas: — Placa inox 20x15 → | 145 |
| Ómnibus acompañamiento: — | 24'80 |
| Turismo: 1 id. Recogen en casa 16⁴⁰ | |
| Certificado médico: X Si Registro Civil: X Santiago | |
| Carroza: X Personal: | |
| Ayunt.: X Sepultura: Boisaca Pinedo Sep. 4243 | 150 \100 |
| Iglesia: Capilla Complejo | |
| Incineración: Urna: | |
| Presencian: ☐ SI ☐ NO Destino: | 125 |
| Cantores: X Si, Javier. Funeral: X Juan Ventura | |
| Flores: 1 Corona R.B "Jose Ramón y Carmela" / Corona R.B "Gelo y Gloria" / Corona R.B "Sobrinos y sobrinas políticos" / Corona R.B "Tus sobrinos Loli, Ana y Jesús" | |
| ☐ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario | |

Entrado en el cuerpo de arriba

Familia a Cartonaje Caja abierta con cubre

FALLECIDO:

Nombre María Luisa Blanco Galeano D.N.I. Nº 33021685-X

id. de los padres Marcelino y Consuelo

Naturaleza Santiago Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 18 - Febrero - 1931

Profesión Estado Viuda Domicilio C/ Tras del Pilar, 8 - P

Santiago

Fallecimiento:

Fecha: 02:00 horas del día 6 de Marzo de 2025

Domicilio H. Conxo

Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. José Ramón Balga Blanco ( Sobrino ) D.N.I. 33185884-N

domiciliado en Castrón Douro, 4/4 · P2 - Santiago

L SEÑOR

D/ña. MARÍA LUISA BLANCO GALEANO "Chiruca" Poblado San de Lorenzo.

(VIUDA DE MANUEL PARAJÓ NOGUEIRA) (VECINA DE SANTIAGO)

falleció en en el día de a los 94 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a No

Hijos No

Hijos políticos NO

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos NO

Hermanos políticos NO

SOBRINOS: y sobrinos políticos, bisobrinos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción

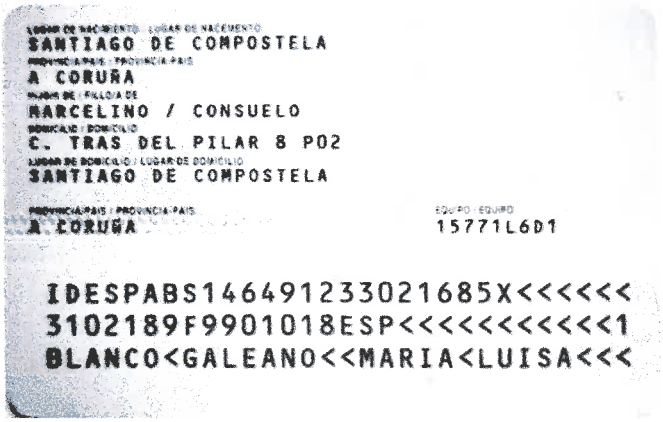
Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



SOLICITANTE (SOBRINO)

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*

Sello/*Carimbo*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105500352

CLASE 3ª SERIE A
*CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* MATIAS DARCIAN, ACOSTA

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual / *Colexio actual*

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 1503129 58

1ª colegiación / *1ª colexiación*

## CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

**Nombre del fallecido/a:** / ***Nome do falecido/a:*** MARIA LUISA

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

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

**Fecha de nacimiento** / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 18 — Mes / *Mes*: 02 — Año / *Ano*: 1931

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

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

- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33021685-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*: 02:00 — Día / *Día*: 06 — Mes / *Mes*: 03 — Año / *Ano*: 2025

**¿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. Derechos 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 CARDIORRESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) BACTERIEMIA — 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) INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA — 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* 06 de / *de* MARZO de / *de* 2025

**Firma del médico** / *Sinatura do medico*

## 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 45 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 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.

## *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 45 Meses ☐☐ Años ☐☐

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 ☐☐ 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).*

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

*(c) Pielonefrite crónica* — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 ☐☐ Años 10

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 ☐☐ Años 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.*

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

25 Pts
SANTIAGO COMPOSTELA
TIMBRE MUNICIPAL

## El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

*Por cuanto,* Dª Consuelo Galeano Mendez hija Dª Mª Luisa Blanco Galeano y D. Manuel Parajó Nogueira *ha satisfecho la cantidad de* MIL SIESCIENTAS CUARENTA (1.640) - - - - - - - *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a perpetuidad de la sepultura en* tierra *de* segunda *clase, número* 4243 *, del Cementerio Municipal de Boisaca.*

*Por tanto, se otorga a* Dª Consuelo Galeano Mendez hija Dª Mª Luisa Blanco Galeano y D. Manuel Parajó Nogueira *la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día* tres *de* Febrero *de mil novecientos* setenta y ocho *con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.*

*En los casos de transmisión de la concesión por herencia, venta o donación, debe darse conocimiento a la Excma. Corporación Municipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido el nuevo dueño.*

*Queda registrado este Título al folio* 4243 *del Libro correspondiente.*

*Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a* quince *de* Febrero *de mil novecientos* setenta y ocho.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

EL SECRETARIO GENERAL,

**Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en** tierra **de** segunda **clase, señalada con el número** cuatro mil doscientos cuarenta y tres **del Cementerio Municipal de Boisaca.**

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 MARÍA LUISA BLANCO GALEANO , con documento identificativo DNI, 33021685X según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 06 DE MARZO DE 2025 a las 02:00 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 06 DE MARZO DE 2025

| FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO | DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN | FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR | CARGO DEL FIRMANTE |
|---|---|---|---|
| 06/03/2025 11:04 | https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad | Secretaría de Estado de Justicia | ENCARGADO |

RG:$8r3-zF4B-jkGC-PncC