OTROS CONCEPTOS

PAGADO

web

S.816

ENTRO (18 Rosas Blancas): CON CARIÑO PACO Y PILI

ENTRO (24 R. Rj): TUS SOBRINOS DE SOBRINOS

PAGADO

web

SI: 424
ST: 303

FALLECIDO: DAVID LÓPEZ BLANCO

Fecha de fallecimiento 23 - JUNIO - 2025

Domicilio H. CONXO / AVD. DE VILLAGARCÍA Nº 11 - 3ºC. STGO

Teléfonos: 669443444 - DAVID. E-mail: daviddecoracion@gmail.com

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo PADOVA Medida	
Capilla ardiente QUINTANA Sala Prep. SI Libro X SI	
Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X HOSPITAL - COMPLETO	
HARTES 18:00 Prensa X VOZ DE GALICIA Nº 2 - E. GENERAL	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas —	
Ómnibus acompañamiento —	
Turismo id. SALE AL COMPLETO	
Certificado médico X SI Registro Civil: X SANTIAGO	
Carroza X Personal X	X 313'90
Ayunt.º: X Sepultura X Boisaca - CONCESIÓN SEP 10821	
Iglesia CAPILLA COMPLETO	
Incineración — Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores X SI - TELISA Funeral X JUAN VENTURA	
Flores 1 CORONA 40 R.B - TU ESPOSA	
1 CORONA 40 R.R/B - TUS HIJOS Y NUERAS	
1 CENTRO 18 R.B (E.C.) TUS NIETOS	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre DAVID LÓPEZ BLANCO D.N.I. Nº 32278688-H

id. de los padres PEDRO Y JOSEFA

Naturaleza CURTIS Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 29 - ABRIL - 1934

Profesión Estado CASADO Domicilio AVD. VILLAGARCÍA Nº 11 - 3º C - SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 07:00 horas del día 23 de JUNIO de 2025

Domicilio H. CONXO - STGO

Cementerio BOISACA Ayunt.º STGO.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

EL SEÑOR NATURAL

D/ña. DAVID LÓPEZ BLANCO (~~[illegible]~~ DA PENENCIA-CURTIS) (FUNDADOR DE DAVID DECORACIÓN) {

falleció en SANTIAGO DE COMPOSTELA) en el día de 23/6/25 a los 91 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a MARIA RIVAS VÁZQUEZ

Hijos DAVID Y PEDRO LÓPEZ RIVAS

Hijas políticas BELEN GARCÍA E IRIA SANMARTÍN

Padres NO

Abuelos NO

Padres políticos NO

Hermanos NO

Hermanos políticos SÍ

Nietos LUCÍA, LAURA, PEDRO Y JACOBO Bisnietos NO Tios NO Sobrinos SÍ Primos SÍ

y demás familia.- Conducción

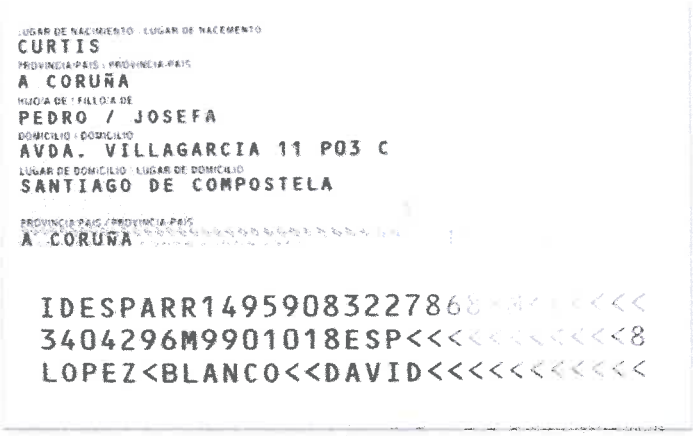
Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: QUINTANA

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



FALLECIDO

SOLICITANTE
(Hijo)

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*

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA

105723259

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Carlos Manuel Sanchez Fernandez
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en D 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*: 152884656

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 29 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1934

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 32278688-M
- [ ] 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* 07:00 — Día / *Día* 23 — Mes / *Mes* 06 — 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* [X] — 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) FALLO MULTIORGANICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) — 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) Corrección CARCINOMA GASTRICO — 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* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***¿Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

¿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* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — 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* Junio 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 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 ☐☐ 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 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 ☐☐ 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 DAVID LÓPEZ BLANCO , con documento identificativo DNI, 32278688M según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 23 DE JUNIO DE 2025 a las 07:00 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 23 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
23/06/2025 12:40	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:FwJn-cqKa-yxUw-Dd3V