

# OTROS CONCEPTOS

bro 18 R.B. Angeles, Alberto Core Hon **PAGADO** web (5819)  
 otro 18 R.B. **PAGADO** DEL GAWWAY EFECTIVO

web

ST:80

FALLECIDO: JOSÉ MANUEL TOJO BLANCO

Fecha de fallecimiento 23-JUNIO-2025

Domicilio e/LODERO N°28-BERTAMIRANS

Teléfonos: 670484022-ÁNGEL E-mail:

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                          | Servicio prestado |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Arca modelo C-1 Medida 1'90                                                                                                                                                        |                   |
| Capilla ardiente T.BERTAMIRANS, 2 Sala Prep. Si Libro                                                                                                                              |                   |
| Gestión funeraria Si <input type="checkbox"/> Tramitación UUW                                                                                                                      |                   |
| Carroza traslado PROVINCIAL-TAN BERTA NO                                                                                                                                           |                   |
| Prensa 16:00h Miércoles                                                                                                                                                            |                   |
| Radio 1 MARTES                                                                                                                                                                     |                   |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas X 150                                                                                                                                            |                   |
| Ómnibus acompañamiento NO                                                                                                                                                          |                   |
| Turismo id. Recoger ave 15:30                                                                                                                                                      |                   |
| Certificado médico Si Registro Civil SIPO                                                                                                                                          |                   |
| Carroza Personal                                                                                                                                                                   |                   |
| Ayunt.º: Sepultura PADRÓN                                                                                                                                                          |                   |
| Iglesia SANCUARIO NUESTRA SEÑORA DE LA ESCANIDAD                                                                                                                                   |                   |
| Incineración NO Urna: NO                                                                                                                                                           |                   |
| Presencian <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Destino                                                                                                         |                   |
| Cantores Hailin (Mando Fact) Funeral: Van 4 curas                                                                                                                                  |                   |
| Flores CORONA R/B: HIJOS E HIJAS FICAS                                                                                                                                             |                   |
| CORONA R/B: NIETOS Y BERNIETOS                                                                                                                                                     |                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input checked="" type="checkbox"/> Rosario |                   |

FALLECIDO: Nombre JOSÉ MANUEL TOJO BLANCO D.N.I. Nº 33158410-S  
id. de los padres ENRIQUE Y JOSEFA  
Naturaleza PADRÓN Provincia A CORUÑA  
Día, mes y año de nacimiento 26-09-1931  
Profesión \_\_\_\_\_ Estado CASADO Domicilio C/ LOBEIRO Nº 28  
BERTAMIDANS - AMES

Fallecimiento: Fecha: 20:10 horas del día 23 de JUNIO de 2025  
Domicilio HOSPITAL PROVINCIAL  
Cementerio SANTA MARIA DE CRUCES Ayunt.º PADRÓN

Cónyuge: Nombre \_\_\_\_\_

LIBRO DE FAMILIA \_\_\_\_\_ Tomo \_\_\_\_\_ ; Página \_\_\_\_\_  
DECLARANTE D. ENRIQUE TOJO VIÑO ( HIZO ) D.N.I. 33292351-N  
domiciliado en C/ LOBEIRO Nº 28 - BERTAMIDANS - AMES

EL SEÑOR  
D/ña. JOSÉ MANUEL TOJO BLANCO  
NATURAL DE PRADA - PADRÓN  
falleció en VECINO DE BERTAMIDANS - AMES en el día de 23-06-2025 a los 93 años  
confortado con los Auxilios Espirituales \_\_\_\_\_

Su esposo/a EVANGELINA VIÑO GARABATO  
Hijos JOSÉ, MANOLO, ENRIQUE, DANÓN, FERNÁN, RAFAEL Y ÁNGEL TOJO VIÑO

Hijos políticos: EVA PÉREZ, MARÍA HERMITAS CILONLA Y EVA OTERO

Padres NIETOS: JOSÉ Y ÁNGEL, VANESA Y AARON, ALBA Y HUGO

Abuelos \_\_\_\_\_

Padres políticos NIETOS PTOS, BISNIETOS

Hermanos NO

Hermanos políticos Si

Nietos \_\_\_\_\_ Bisnietos \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción MIÉRCOLES 4 TARDE

Funerales: SANTUARIO  
en la iglesia de NUESTRA SRA ESCLAVITUD - PADRÓN

CASA MORTUORIA: APÓSTOL DE LA

(SI / NO) SE RECIBE DUELO \_\_\_\_\_

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



33158770-5

Foster

Ministerio del Interior

IDESP33158770S4<<<<<<<<<<<<  
3109269M9912315ESP<<<<<<<<<6  
TOJO<BLANCO<<JOSE<MANUEL<<<<<

## Fallecido

DOMICILIO / DOMICILIO  
RUA. LODEIRO 28  
AMES  
A CORUÑA

SSRNAG

15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO  
PADRON  
A CORUÑA

HUERO DE / FILLOS DE  
JOSE MANUEL / EVANGELINA

IDESPCDA11226413329235  
6712042M3207224ESP<<<<  
TOJO<VIGO<<ENRIQUE<<<<

**Solicitante (hijo)**




**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**  
**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**

105619469

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Hector Daniel Madrid Yegre  
 D. / Dña. Santiago de Compostela  
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en CHUS  
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en CHUS  
 y con ejercicio profesional en CHUS  
 e con ejercicio profesional en CHUS

Colegio actual  
Colegio actual  
Nº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a  
1ª colegiación  
1ª colexiación

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

Nombre del fallecido/a: JOSE MANUEL  
 Nome do falecido/a: JOSE MANUEL  
 1º Apellido del fallecido/a: TOJO  
 1er Apellido do falecido/a: TOJO  
 2º Apellido del fallecido/a: BLANCO  
 2º Apellido do falecido/a: BLANCO

Fecha de nacimiento  
Data de nacemento  
Día 26 Mes 09 Año 1931  
 Día 26 Mes 09 Año 1931  
 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐  
 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33158770-S  
 Documento de identidad: ☐ D.N.I. Número: 33158770-S  
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: 33158770-S  
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: 33158770-S  
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: 33158770-S  
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: 33158770-S

Hora y fecha de la defunción  
Hora e data da defunción  
Hora : minutos 20:10 Día 23 Mes 06 Año 2025  
 Hora : minutos 20:10 Día 23 Mes 06 Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?  
Santiago de Compostela  
 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 aproximado

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>  
 (a) PARADA CARDIACA  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>  
 (b) Debido a/Debido a  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>  
 (c) Debido a/Debido a  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>  
 (d) INSUFICIENCIA CARDIACA  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025  
 Horas 20 Días 10 Meses 06 Años 2025

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?  
 Si/ Si ☐ No/Non ☒ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?  
 Si/ 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 Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐

Fecha del mismo: Día 23 Mes 06 Año 2025  
 Data do mesmo: Día 23 Mes 06 Año 2025

 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 23 de junio 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
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 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 Días Meses Años

#### 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 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 transcurrido 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
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 Días Meses Años

#### 5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
Horas Días Meses Años

#### Otras recomendacións

- 1.Emplegar 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



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

### LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de JOSÉ MANUEL TOJO BLANCO  
, con documento identificativo DNI, 33158770S según la certificación facultativa  
presentada, que constata la fecha de la muerte 23 DE JUNIO DE 2025  
a las 20:10 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 24 DE JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
24/06/2025 10:42

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:Wfq3-aWzJ-jmTR-xqQR

