

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: **NOA Dolores Valeriana Taborda Blanco** T505 C334
Fecha de fallecimiento: **10- octubre - 2025**
Domicilio: **Montecarlo 40 - 9º D**
Teléfonos: **676 951079** E-mail: **jane.mano.dg@gmail.com**

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	0 - Eco	Medida
Capilla ardiente	Complejo Pictura	Sala Prep. si Libro NO
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	si	POVICINO - COMPLEJO PISTOL
Prensa	si	Carro, 4
Radio	si	Lunes 13 - 19hrs El Rosario
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	si	Saló al Complejo
Certificado médico	si	Registro Civil: 5100
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura		El Rosario - Pop
Iglesia	Capilla Complejo	Urna: Básica
Incineración	si (10:00hrs)	Destino: si D. Juan V
Presencia	☐ SI ☐ NO	Funeral: si D. Eduardo Luis
Cantores	Carla Kera 50	Flora: 8 hrs blanca - (en cinta) 6 hrs
Flora	+ 1 sola (sin cinta)	No Flores - 1

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre María Dolores Taboada Blanco D.N.I. N° 33021816 A
id, de los padres FIDEL / CARMEN
Naturaleza SANTIAGO Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 DE FEBRERO DE 1929
Profesión _____ Estado Vivida Domicilio c/ Montero Río, 40-5º I
Santiago

Fallecimiento: Fecha: 18:08 horas del día 10 de X de 2020
Domicilio domicilio
Cementerio Crematorio Apóstol Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Javier Llvo Taboada (_____) D.N.I. 33259156 Y
domiciliado en _____

D/ña. Dolores Valentina Taboada Blanco (Vda de Luis Llvo Fernández)
L SEÑOR
falleció en Santiago en el día de _____ a los 96 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a → José, Francisco (†), Elena, Santiago, Beatriz, Javier, Ana y Raquel
Hijos → Ángela, Paula, Enrique, María, Alberto, Natalia, Loe y Ramón -
Hijos políticos _____

Padres _____
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos María del Carmen, Fidel y Jesús (†) -
Hermanos políticos no

Nietos si Bisnietos si y demás familia - Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____
y demás familia - Conducción _____
Funerales Bonafel Cofradía -
en la iglesia de _____
CASA MORTUORIA: _____
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

Se ruega no envíen flores

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

TABOADA

BLANCO

MARIA DOLORES

F ESP

14 02 1929

AAC150653

01 01 9999

TBM

DNI NÚM.
33021816A

Maria Dolores Taboada Filanca



SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
FIDEL / CARMEN
C. MONTERO RIOS 40 PDS D
SANTIAGO DE COMPOSTELA

A CORUÑA

157711601

IDESPAAC150653433021816A<<<<<<
2902142F9901018ESP<<<<<<<<<<<6
TABOADA<BLANCO<<MARIA<DOLORES<

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

532591561

DNI-33259156Y

APELLIDOS / APELLIDOS
LLOVO
TABOADA

NOMBRE / NOME
JAVIER

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
24 02 1965

EMISION / EMISSION
07 07 2025

VALIDEZ / VALIDEZ
07 07 2035

NUM.SOPORTE
CKX165371

659584

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

SOLICITANTE (HIJO)

106041389

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

Sello Carimbo

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 ejercicio profesional encon el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151519680

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

MARIA DOLORES

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

TABOADA

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

BLANCO

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 19

Mes 09

Año 1929

Sexo:
Sexo:Varón ☐Mujer ☒

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ PasaporteNúmero:
Número:

33021816-A

Documento
de identidad:☐ 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 18:08

Día 10

Mes 10

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 ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) DEMENCIA VASCULAR

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

(c)

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

Horas Días Meses Años

¿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 de tráfico Sí/Sí ☐Accidente laboral No/Non ☒
Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: 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
En

Santiago Compostela 10 de Octubre

de
de

2025

Firma del médico
Sinatura do médico

13706830
GABRIEL STEFANO
GONZALEZ

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 Imediata** 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 decir, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
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) Hemorraxia cerebral

debido a 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Días Meses Años

Outras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago de Compostela
Téndose inscrito no Rexistro Civil de Santiago de Compostela
la defunción de don MARÍA DOLORES TABOADA BLANCO
a defunción de don/a MARÍA DOLORES TABOADA BLANCO
ocurrida a las 18:08
ocorrida ás 18:08

de octubre de 2025
de octubre de 2025
horas del día 10
horas do día 10

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
12 veinticuatro horas do fallecemento

Registro Civil de Santiago de Compostela
Rexistro Civil de Santiago de Compostela

A 11 de octubre
O 2025
de 2025



A LETNADA

Antía Alvaredo Arias



