

OTROS CONCEPTOS

- ~~Carro 50 RB~~ Tus compras se te dividen 3x7
- ~~Carro 18 RB~~ Muebles según TPV Sim 185
- ~~Carro 18 RB~~ Muebles y libros efectivos
- ~~Carro 40 RB~~ Con carro tus compras
- ~~airfoods~~ **PAGADO** Pta 163
- ~~Carro~~ Niffords Restauración y catering S.L
- B83627760 - 661750992
- Carro de la Enseñada, 14-Madrid - 28004
- s@airfoods.com
- ~~Carro 18 RB~~ Fam **PAGADO** Blanca y Manuel TPV S.186
- ~~Carro 24 RB~~ Ana Teresa y María e hijo TPV S.197
- PAGADO**
- Carro mod 2: Afa Coderio **PAGADO** Pta 164
- AFA COLECCIÓN LATAS DE ARAZO
- 15790 591 LUSAS AMAS DE ARAZO S/L 15702 5700
- sordraduracalomas@gmail.com
- Carro 24 rosas **PAGADO** TPV S.188
- Carro 18 rosas **PAGADO** web S.188
- Carro 18 rosas **PAGADO** web S.188
- Carro 18 rosas **PAGADO** web S.188
- Carro 24 R Ana Carino Familia **PAGADO** TPV S.190
- Carro: ROSA, José, Señora N° 30
- Carro: José, Señora Vázquez (vacante e meter con ECA)

FALLECIDO: **OLAYA BLANCO SAINORA**

Fecha de fallecimiento: **29-ENERO-2026**

Domicilio: **H. CONXO**

Teléfonos: **616995559 CARLOS (HARTING)** E-mail:

CONCEPTOS				Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida		1034
Capilla ardiente	Quintre	Sala Prep.	Libro	Si 87467 55 2895
Gestión funeraria	Si	Tramitación UUV		177
Carroza traslado	HOSPITAL - COMPLETO			109
Prensa	CORREO GALLEGO N°3			375
Radio	NO	Cable pinchado		27430
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO			...
Ómnibus acompañamiento	NO			8600
Turismo	id.			...
Certificado médico	Si	Registro Civil	SANTINGO	3
Carroza	Si	Personal		200
Ayunt.º: Sepultura	Si	SAN JUAN DE LOUSAME + ROSA		240
Iglesia	CAPILLA COMPLETO			154
Incineración	-	Urna:	Campana no cabe	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino	D. Mague(SA)	60 172075
Cantores	NO	Funeral:		161
Flores	Corona 40 R.B. - Tu Esposo			161
	Corona 40 R.B. - Tus PADRES			75
	Centro 18 R.B. (E.C.) - Tu Hijo HATEO			3550
	Grave: Tus hijos y hijos políticos			7530

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

2 tarjetas parking.

Bolsa 1650

FALLECIDO: Nombre Olaya Blanco Sónora D.N.I. N° 44834226G
id. de los padres Manuel y M^{te} Teresa
Naturaleza Santiago Provincia A. Conuco
Día, mes y año de nacimiento 3-11-1980
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio C/LAHAS DE ARADE
N°90 - 2°B - SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día _____ de _____ de 20____
Domicilio H. Conuco
Cementerio SAN JUAN DE LOUSAME Ayunt.° LOUSAME

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____

DECLARANTE D. Manuel Blanco Glus (_____) D.N.I. 33152442N

domiciliado en Tsje - dos Banquines, 12-bjo

☒ SEÑOR

D/ña. OLAYA BLANCO SÓNORA
(VECINA DE SANTIAGO)

falleció en _____ en el día de 29/1/2020 a los 45 años

confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a CARLOS PORTAS COSTA

Hijos MATEO PORTAS BLANCO

Hijos políticos _____

Padres MANUEL BLANCO CALVO Y M^{te} TERESA SÓNORA PICO

Abuelos NO

Padres políticos MARIANO PORTAS GINEALEZ Y M^{te} ANADINA COSTA COSTA

Hermanos JOSÉ RAMÓN, MANUEL Y JACARO BLANCO SÓNORA

Hermanos políticos MALBA, SANDRA, ROSA, LETICIA, ALDREY

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos SI Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



REINO DE ESPAÑA





DNI 44834226G

APELLIDOS / APÉLIDS
BLANCO
SONORA

NOMBRE / NOM-E
OLAYA

SEXO / SEXU
F

NACIONALIDAD / NACIONALITAT
ESP

NACIMIENTO / NÀCIMENT
03 11 1980

BARCELONA / BARCELON
01 12 2025 - 01 12 2035

HOUR SUPPORT
CLW108158

622656

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

1031

DNI 33152442N

APELLIDOS: APELLIDOS
BLANCO
CALVO

NOMBRE: NOMBRE
MANUEL

SEXO/SEXO: NACIONALIDAD NACIONALIDAD NACIMIENTO/NACIMIENTO
M ESP 03 02 1945

EXPIRACION EXPIRACION VALIDEZ/VALIDEZ
28 07 2023 01 01 9999

ALUMBO/BOBOS
CFU167231

739072

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105963640

Nº Certificado/Nº certificado

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 exercicio profesional enA CORUÑA, con el número
SANTIAGO DE COMPOSTELA, co númeroColegio actual
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153509185

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

OLAYA

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

BLANCO

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

SANTOJA

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 03

Mes 11

Año 1980

Sexo:

Varón ☐Mujer ☒Documento
de identidad:☒ D.N.I.
D.N.I.

Número:

44834226-6

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

15:29

Día 29

Mes 01

Año 2026

¿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 aproximado ¹
Intervalo de tempo aproximado ¹I. Causa inmediata ² / Causa inmediata ²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias ³ / Causas intermedias ³

Debido a/Debido a

(b)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental ⁴ / Causa inicial ou fundamental ⁴

(d) CÁNCER GÁSTRICO ESTADIO IV

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos ⁵ / Outros procesos ⁵Horas 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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐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 29 de Enero de 2026

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐

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 ☐ ☐

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 pola **causa Imediata** 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 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 excluyentes, 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.

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) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐

II

5 Outros procesos:

Otros 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. Empregar máiusculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**
Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a 30 de **ENERO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **OLAYA BLANCO SOÑORA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **44834226G** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29 de enero de 2026** a las **15:29** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



