

OTROS CONCEPTOS

entre 18 cosas HACIENDO 16 años Superfren 006 S. 533

FALLECIDO: ODDULIA SATYANS PARQUEZ
Fecha de fallecimiento 23 DE MARZO DE 2026
Domicilio HOSPITAL DE CONCHO - SANTIAGO
Teléfonos: 506 026916 nº del lar E-mail: 645607781-JS@lar

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <u>C-1</u>	Medida <u>1,90</u>	
Capilla ardiente <u>T. TANTONTO</u>	Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>Si</u>	
Gestión funeraria <u>Si</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>Hospital - Tanatorio</u>		
Prensa <u>16:30</u>		
Radio <u>X Ver (dones)</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>No</u>		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo id. <u>Sale al tanatorio</u>		
Certificado médico <u>X Si</u>	Registro Civil: <u>X Stgo</u>	
Carroza	Personal	
Ayunt.º: Sepultura <u>Cacheras N.º 49 Campanero</u>		<u>X</u>
Iglesia <u>Capilla Tanatorio Montouto</u>		
Incineración	Urna: <u>Patronato Cacheras</u>	
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores <u>No</u>	Funeral: <u>Cacheras 126213</u>	<u>X 60</u>
Flóres <u>1 Corona 40 R. Blancas "Tus hijos e hijas polítrías"</u>		
<u>1 Corona 40 R. Blancas "Tus nietos y nietas polítrías"</u>		
<u>1 Centro 18 R. Blancas "Tus bisnietos"</u>		
<u>(Entra cajo)</u>		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario

FALLECIDO: Nombre Abdulia Sayans Marquez D.N.I. N° 09661422-L
id. de los padres Manuel y Carmen
Naturaleza Santiago de Compostela Provincia A. Coruña
Día, mes y año de nacimiento 1/4/1936
Profesión _____ Estado Viuda Domicilio Travesía de Cacheiras
N° 44-Teo-A. Coruña

Fallecimiento: Fecha: 05:50 horas del día 23 de Marzo de 2026
Domicilio Hospital de Goxo
Cementerio Parroquia San Simón de Ons - Cacheiras Ayunt.º Teo

Cónyuge: _____ | Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Maria Isabel Moreira Sayans (hija) D.N.I. 14933499-J
domiciliado en _____

LA SEÑORA

D/ña. Abdulia Sayans Marquez
(Viuda de Enrique Moreira Sixto) (Vecina de Cacheiras-Teo)
falleció en _____ en el día de 23/3/2026 a los 89 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos Maria Isabel, Yolanda y Maria del Mar Moreira Sayans.

Hijos políticos Javier Rodriguez (+), Pedro Mari Lozano, Fernando Gondelle.

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos Nietos políticos: Carlos, Maria y Noelia.

Hermanos No

Hermanos políticos No

Elena, Endika, y Alejandro y Sara

↑ Neta, Daniel, Ariane Alex y Bega.

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos No Sobrinos Si Primos Si

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
SAYANS

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
MARQUEZ

NOMBRE / NOME
OBDULIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
01-04-1936

IDESP
AMN169058

VÁLIDO HASTA / VÁLIDO ATA
01-01-9999

SMB

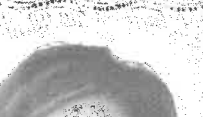
ONI NÚM.
09661422L

Obdulia Jm



FALLECIDA

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



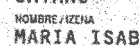
APELLIDOS / ARIZENAK
MOREIRA
SAYANS

NOMBRE / IZENEA
MARIA ISABEL

SEXO / SEXUA **NACIONALIDAD / NAZIONALTATEA**
F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / JAIOETEGUNA
14 02 1957

NUM DOPOORT **VALIDEZ / IRAGINALDIA**
BG105945 **27.03.2028**



DNI 14933499J **498560**

DECLARANTE (HIJA)

106172767

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado



D./Dña. Diego Acuña Viteri

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A Coruña

, con el número
co número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151514371

1ª colegiación
1ª colexiación

y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Santiago de Compostela

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ABDULIA

1º Apellido del fallecido/a:

1er. Apelido do falecido/a:

SAYANS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

MARQUEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 01

Mes 04

Año 1936

Sexo:

Varón ☐

Mujer ☒

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

09661422-1

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

05:50

Día 23

Día

Mes 03

Mes

Año 2026

Año

¿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
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) INFECCION RESPIRATORIA

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 / Causa inicial ou fundamental

(d) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos / Outros procesos

☐

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

¿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 de tráfico Si/Si ☐

Accidente laboral No/Non ☒

Accidente laboral Si/Si ☐

Fecha del mismo: Día ☐

Mes ☐

Año ☐

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 Santiago de, a 23 de Marzo 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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 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 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 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) 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. **Anotase 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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Horas 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: Diabetes

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

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de OBDULIA SAYÁNS MÁRQUEZ con documento identificativo DNI núm. 09661422L según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 23 de marzo de 2026, a las 05:50 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

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

En Santiago de Compostela a, 24 de marzo de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
24/03/2026 13:20

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
María Manuela García Jalon de la Lama

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:N\$u2-WcTp-SHDz-a\$Fj

