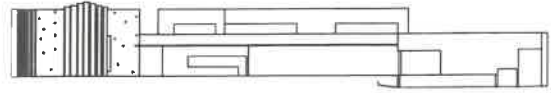




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 17 de abril de 2023

Don/Doña Jordi Brea Matías, con DNI 46801080J y domicilio en Avda. Primavera, 11 - P05 - 1 - Cerdanyola del Vallés - Barcelona en su condición de Hijo de MANUEL BREA VEIGA,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 18 de abril de 2023, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MANUEL BREA VEIGA fallecido en Sabadell a las 02:00 horas del día 15 de abril de 2023; la cual se realizará en FÉRETRO BIODEGRADABLE.

MANIFIESTO

1. Que como representante legal del fallecido, o en su caso contando con autorización del resto de los familiares, eximiendo a esta mercantil FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L., de cualquier responsabilidad frente a cualquier reclamación.

2. Introducción.

- ☐ SI PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.
☒ NO PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.

3. Dispositivos.

- ☐ ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.
☒ NO ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.

Y para que así conste, firmo el presente en el lugar y fecha del encabezado.

Fdo.: Jordi Brea Matías
DNI: 46801080J

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 y con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO. Identidad: FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL CIF: B15657901 Dirección: RÚA BOISACA Nº 11 CP15890-SANTIAGO DE COMPOSTELA E-Mail: info@funeraria-apostol.com.

BASE LEGAL. En cumplimiento del artículo 6 del Reglamento (UE) 2016/679 FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO SL le solicita su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales informándole que dicho tratamiento tiene su base legal en el contrato de prestación de servicios que une a ambas partes.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO. En cumplimiento del artículo 13 del Reglamento Europeo de Protección de Datos, le informamos de que los datos serán incluidos en el sistema de tratamiento CLIENTES siendo la finalidad gestionar los datos de los clientes, emitir facturas así como llevar a cabo la gestión económica contable, la gestión administrativa de cobros y pagos y el histórico de relaciones comerciales.

CESIONES DE DATOS. Sus datos podrán ser cedidos al registro civil, al ayuntamiento, al médico de guardia, administración pública con competencia en la materia y a la administración tributaria por imperativo legal, a bancos y entidades financieras para la domiciliación de pagos y a entidades aseguradoras, sacerdotes, medios de comunicación y todas aquellas organizaciones que sean precisas para cumplir con los trámites necesarios para la correcta prestación de nuestros servicios.

PERIODOS DE CONSERVACIÓN. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la ejecución del presente contrato de prestación de servicios o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento de la finalidad para la que los datos fueron recabados.

EJERCICIO DE DERECHOS. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de datos y oposición y limitación a su tratamiento mediante escrito dirigido a FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL. RÚA BOISACA Nº 11 CP15890-SANTIAGO DE COMPOSTELA acompañando fotocopia de DNI o en su defecto documento que acredite su debida identidad o bien con carácter previo a tal actuación solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el responsable del tratamiento dispone a tal efecto. Podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la Dirección lopd@megamailconsultores.es.

DERECHO A RECLAMAR. Si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control dirigiéndose a estos efectos a la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid.

Asimismo, con la firma este documento, nos autoriza a publicar una esquila con sus datos identificativos, los del difunto y los de aquellos familiares directos que nos haya facilitado con la finalidad de distribuirlos a medios digitales o escritos, en nuestra página web y en medios radiofónicos para dar a conocer el acto luctuoso y el lugar y la hora de celebración. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la difusión del sepelio y sólo serán cedidos a los medios de comunicación encargados de la publicación.

FDO. Cliente



ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

BC/178963

APELLIDOS / COGNOMS
BREA
VEIGA

NOMBRE / NOM
MANUEL

SEXO / SEXE
M

NACIONALIDAD / NACIONALITAT
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NAIXEMENT
07 08 1943

NÚM. IDENTIFICACIÓN / VALIDEZ / VALIDESA
BCZ178963 01 01 9999

DNI **33168103X**

548416

DOMICILIO / DOMICILI
AVDA. PRIMAVERA 11 P05 1
CERDANYOLA DEL VALLES
BARCELONA

GRUPO / EQUIP
0838816D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LLOC DE NAIXEMENT
TOURO
A CORUÑA

NÚMERO DE / PELLAS DE
MANUEL / RAMONA

IDESPBCZ178963833168103X<<<<<<<
4308070M9901018ESP<<<<<<<<<<<2
BREA<VEIGA<<MANUEL<<<<<<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados.cgcom.es

GX9W3W3NUY

Id. electrónico/Id. electrònic

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICAT MÈDIC DE DEFUNCIÓ

Col·legi de

073361597

Nº Certificado/Núm. certificat

Sello/Segell

D./Dña.

Sr./Sra.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina i Cirurgia, col·legiat/ada a
y con ejercicio profesional en
i amb exercici professional a

BERTA LÓPEZ SÁEZ

BARCELONA

BARCELONA

con el número
amb el númeroColegio actual
Col·legi actualNº de colegiado/a
Núm. de col·legiat/ada

56220

1ª colegiación
1a col·legiació

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO la defunció de

"COTEJADO CON EL ORIGINAL"

Nombre del fallecido/a:

Nom del difunt/a:

MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1r. cognom del difunt/a:

BREA

2º Apellido del fallecido/a:

2n. cognom del difunt/a:

VEIGA

NO ÉS PORTADOR/A
DE PRÓTESIS RADIOACTIVA

Fecha de nacimiento

Data de naixement

Día

Dia

Mes

Mes

Año

Any

07 06 1943

Sexo:

Sexe:

Varón

Home

Mujer

Dona

Documento

de identitat:

X D.N.I.

DNI

Número:

Número:

33168103-X

Document

d'identitat:

Pasaporte

Passaport

Número:

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

NIE (Tarjeta de residència)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora i data de la defunció

Hora : minutos

Hora : minuts

02:00

Día

Dia

15

Mes

Mes

04

Año

Any

2023

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / A quin municipi va tenir lloc la defunció?

Domicilio particular

Domicili particular

Centro hospitalario

Centre hospitalari

Residencia socio-sanitaria

Residència socio-sanitària

Lugar de trabajo

Lloc de treball

Otro lugar

Altre lloc

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causes de defunció (vageu instruccions a la pàgina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Interval de temps aproximat¹I. Causa inmediata² / Causa immediata²

(a) INSUF RESPIRATORIA

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
AnysCausas intermedias³ / Causes intermèdies³

(b) METASTASI

Debido a/A causa de

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
Anys

Debido a/A causa de

(c)

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
AnysCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial o fonamental⁴

(d) CARCINOMA RENAL

Debido a/A causa de

Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
AnysII. Otros procesos⁵ / Altres processos⁵Horas
HoresDías
DiesMeses
MesosAños
Anys

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Hi ha hagut indicis de mort violenta?

SI/ SI

No/ No

¿Se practicó autopsia clínica? / Es va practicar autòpsia clínica?

SI/ SI

No/ No

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / La defunció s'ha produït com a conseqüència directa o indirecta de?

Accidente de tráfico
Accident de trànsit

No/ No

Accidente laboral
Accident laboral

No/ No

SI/ SI

Fecha del mismo:

Data d'aquest:

Día

Dia

Mes

Mes

Año

Any

Continúa al reverso

Continua al revers

Mod. CMD-BED-C

□□□□□

□

1 2 3 4 5

(ver instrucciones en página 2)
(vageu instruccions a la pàgina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Hi ha riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/No ☒

Enfermedad infecciosa/Malaltia infecciosa

Grupo/Grup I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilitat d'incineració?

Si/Sí ☒ No/No ☐

Incineración condicionada por:/Incineració condicionada per:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tractament amb isòtops radioactius
☐ Existencia de prótesis/Existència de pròtesis

En Sabadell, a 15 de Abril de 2023

Firma del médico
Signatura del metge

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 1(a) debe ser inferior o igual a 1.(b), y éste a su vez inferior o igual a 1.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el periodo 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: 00, Días: 45, Meses: 00, Años: 00

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: 00, Días: 00, Meses: 00, Años: 00

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: 00, Días: 00, Meses: 00, Años: 00

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2, Horas: 00, Días: 00, Meses: 00, Años: 00

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: 00, Días: 00, Meses: 00, Años: 05

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: 00, Días: 00, Meses: 00, Años: 10

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.

Instruccions bàsiques de certificació:

L'OMS recomana que a l'hora d'omplir les causes de defunció comenceu per la causa immediata i acabeu per la causa inicial o fonamental, és a dir, en un ordre natural de dalt a baix, responant a les paraules "a causa de" que faciliten la comprensió del concepte de seqüència lògica, tan important per a la selecció de la causa bàsica de defunció.

Causa bàsica de defunció: "Malaltia o lesió que va iniciar la cadena de fets patològics que van conduir directament a la mort, o a les circumstàncies de l'accident o violència que va produir la lesió fatal".

1 Interval de temps aproximat

Anoteu el temps transcorregut entre el començament de cada afecció i el moment de la defunció, de manera que el temps anotat a l'apartat 1.(a) sigui inferior o igual a 1.(b), i aquest, alhora, inferior o igual a 1.(c) i així successivament.

Aquestes unitats són mútuament excloents, és a dir, cal expressar el període en una única unitat de temps i només cal emplenar-ne una per procés i línia. Si calgués anotar més d'un procés en una línia, el temps anotat haurà de correspondre al primer procés informat (el més important).

Nota: Cada unitat de temps admet fins al número 99.

Exemple:

Per a un mes i mig, anotar 45 dies

Horas: 00, Días: 45, Mesos: 00, Anys: 00

2 Causa immediata:

(a) Indiqueu la malaltia o estat patològic que va produir directament la mort. No es tracta d'indicar les modalitats de la mort, sinó la malaltia, el traumatisme o la complicació causant de la defunció.

Ejemplo: (a) Hemorràgia cerebral

a causa de 3, Horas: 00, Días: 00, Mesos: 00, Anys: 00

3 Causas intermedias:

(b) i (c) Estats morbosos, si n'hi hagues, que van produir la causa abans indicada.

Si l'estat patològic assenyalat a la línia (a) va ser conseqüència d'un o més estats morbosos, s'anotaran a la línia (b) o a les línies (b) i (c).

Ejemplo: (b) Hipertensió arterial

a causa de 2, Horas: 00, Días: 00, Mesos: 00, Anys: 00

(c) Pielonefritis crònica

a causa de 2, Horas: 00, Días: 00, Mesos: 00, Anys: 00

4 Causa inicial o fonamental:

(d) Malaltia o lesió que va iniciar els fets anteriorment esmentats que van conduir a la mort. S'anotará una única causa, la que hagi estat la desencadenant de tot el procés que ha portat a la defunció. En cas d'accident o violència, es farà una breu descripció de les circumstàncies.

Ejemplo: (d) Adenoma prostàtic

Horas: 00, Días: 00, Mesos: 00, Anys: 05

5 Altres processos:

Altres estats patològics significatius que van contribuir a la mort, però no relacionats amb la malaltia o estat patològic que la va produir.

Ejemplo: Diabetes

Horas: 00, Días: 00, Mesos: 00, Anys: 10

Altres recomanacions

- Utilitzeu majúscules i preferentment bolígraf de tinta negra.
- Eviteu abreviatures i/o sigles.
- Certifiqueu malalties i síndromes sense ambigüitats.
- Si cal, anotar més d'una malaltia a cada apartat, separeu-les clarament per comes.
- Eviteu certificar entitats mal definides, signes i símptomes.

Nota: Les dues línies de quadrats previstes per a cada apartat s'han de considerar una sola línia i no s'han d'utilitzar per a establir ordre de causalitat.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Secretaria de Salut Pública

Sub-direcció Regional a Barcelona

Autorització Trasllet

Trasllat de cadàver

Atesa la sol·licitud de l'interessat, d'acord amb el que preveu el Decret 297/1997, de 25 de novembre i el Decret 2263/1974, de 20 de juliol, (Reglament de Policia Sanitària Mortuòria) i prèvia comprovació del compliment dels preceptius requisits legals i sanitaris, S'AUTORITZA, l'empresa funerària:

FUNERÀRIA: Torra, SA

Traslado de cadáver

De acuerdo con la solicitud del interesado, lo previsto en el Decret 297/1997, de 25 de noviembre y el Decreto 2263/1974, de 20 de julio (Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria) y previa comprobación del cumplimiento de los preceptivos requisitos legales y sanitarios, SE AUTORIZA a la empresa funeraria:

per a procedir al trasllat del cadàver
para proceder al traslado del cadáver

BREA VEIGA, MANUEL

mort/a a SABADELL, el dia 15 d abril de 2023
fallecido/a en SABADELL, el día 15 de abril de 2023

a causa INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
a causa INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

des de SABADELL província BARCELONA
desde SABADELL provincia BARCELONA

fins a CORUÑA, A província LA CORUÑA
hasta CORUÑA, A provincia LA CORUÑA

Cementiri TOURO
Cementerio TOURO

Condicions sanitàries del cadàver / Condiciones sanitarias del cadáver

☐ Conservació transitòria
☐ Conservación transitoria

☒ Embalsamament
☒ Embalsamamiento

☐ Sense pràctica sanitària de conservació (*)
☐ Sin práctica sanitaria de conservación(*)

Mitjans de transport Furgó fúnebre
Medios de transporte Furgó fúnebre

Termini per a la inhumació: el previst a l'art. 15 del Decreto 2263/1974, de 20 de juliol

Plazo para la inhumación: el previsto en el art. 15 del Decreto 2263/1974, de 20 de julio.

(*) Aquesta autorització no té validesa fins que no hagin transcorregut 24h de la defunció.

(*) Esta autorización no será válida hasta transcurridas 24 desde la defunción.

Barcelona 16 d'abril de 2023

La Subdirectora Regional a Barcelona
Mireia Jané Checa.

Per suplència (Resolució de la secretària de Salut Pública, de 13 de setembre de 2022).

Lluïsa Mas Mayor

Empresa de Serveis Funeraris: Torra, SA
Alcalde de: SABADELL
Responsable de Salud Pública de: LA CORUÑA

Jutge de: SABADELL

C. Roc Boronat, 81-95
08005 Barcelona
Telf. 935513900
Fax: 93.551.75.12
psmc.salut@gencat.cat



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO

OFICINA DEL REGISTRO CIVIL DE SABADELL

LEGAJO Nº _____ SOBRE DEFUNCIÓN

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MANUEL BREA VEIGA con Documento Identificativo DNI/Pasaporte/Otro nº 33168103 X con último domicilio conocido en AVDA. PRIMAVERA 11 5-1 - Cerdanyola del Vallès (Barcelona) según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 15/04/2023 a las 2:00:00, acaecida en Parc Taulí s/n - Sabadell (Barcelona); SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada.



En Sabadell a 15 de abril del 2023

