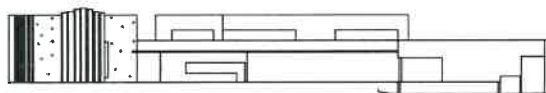




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 19 de julio de 2023

Don/Doña María del Pilar Modroño Rosa, con DNI 33571889P y domicilio en Travesía de Cacheiras, 62 - 1ºB - Teo en su condición de Hija de ISABEL ROSA SORIANO,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 23:00 horas del día 20 de julio de 2023, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de ISABEL ROSA SORIANO fallecida en Santiago de Compostela a las 22:45 horas del día 18 de julio 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.: María del Pilar Modroño Rosa
DNI: 33571889P

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

ROSA
SORIANO

NOMBRE Y NOME
ISABEL

SEXO SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
13 02 1935

ACR132157

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

RSS

DNI NÚM.
089667846P

Julia Rosa Soriano



FALLECIDO

LUGAR DE NACIMIENTO : LUGAR DE NACIMIENTO
CARACAS
 PROVINCIA/PAIS : PROVINCIA/PAIS
VENEZUELA
 NOMBRE DE : NOMBRE DE
LUIS / ISABEL
 DOMICILIO : DOMICILIO
TSIA. CACHEIRAS 62 P01 B
 LUGAR DE DOMICILIO : LUGAR DE DOMICILIO
TEO
 PROVINCIA/PAIS : PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA
 TIEMPO : 15390
15771L6D1

IDESPAPX174991133571889P<<<<<<<
 7008197F2403203ESP<<<<<<<<<<<1
 MODRONO<ROSA<<MARIA<DEL<PI

SOLICITANTE

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



101223447

Nº Certificado/Nº de certificado

D./Dña. OLALLA JANEIRO JANEIRO
D. / Dña. A CORUÑA
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número 15/1513658
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en A CORUÑA, co número 15/1513658
y con ejercicio profesional en RESIDENCIA VOLTA DO CASTRO
e con exercicio profesional en RESIDENCIA VOLTA DO CASTRO

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ISABEL
Nome do falecido/a: ISABEL
1º Apellido del fallecido/a: ROSA
1er Apelido do falecido/a: ROSA
2º Apellido del fallecido/a: SORIANO
2º Apelido do falecido/a: SORIANO

Fecha de nacimiento 13 Día 02 Mes 1935 Año 1935 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento 13 Día 02 Mes 1935 Ano 1935 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 08967846-P
Documento de identidade: ☒ D.N.I. Número: 08967846-P
☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción 22:45 Hora : minutos 18 Día 07 Mes 2023 Año
Hora e data da defunción 22:45 Hora : minutos 18 Día 07 Mes 2023 Ano

¿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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) EDEMA DE PULMON
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDÍACA
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? No/Non ☒ Sí/Si ☐
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? No/Non ☒ Sí/Si ☐

¿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/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

En Santiago, a 19 de Julio de 2023
En Santiago, a 19 de Julio de 2023

Firma del médico
Sinatura do médico



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
EXPEDIENTE Nº 20230719/008536 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª ISABEL ROSA SORIANO con Documento Identificativo DNI y Nº 08967846P, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 18 de JULIO de 2023, a las 22:45 horas, acaecida en SU DOMICILIO;
SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas hábiles desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 19 de JULIO de 2023.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
19/07/2023 14:16

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:sj2g-cSrM-wZ8j-DmrP