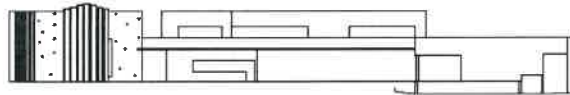




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 17 de julio de 2023

Don/Doña Nieves Landeira Seoane, con DNI 44810112 V y domicilio en Rúa de Galileo, 17 - Boisaca - Santiago en su condición de Hija de JOSÉ LANDEIRA CONDE,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 19:00 horas del día 18 de julio de 2023, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de JOSÉ LANDEIRA CONDE fallecido en Santiago de Compostela a las 14:45 horas del día 17 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.: Nieves Landeira Seoane
DNI: 44810112 V

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
LANDEIRA
CONDE
NOMBRE / NOME
JOSE
SEXO / SEXO M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
13 11 1939
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BHP133809 01 01 9999

DNI 33147019V

Jose Landeira 138688

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BARRAL-SAN CAETANO 15
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
AMES
A CORUÑA

HIJOA DE / FILLOA DE
MANUEL / PILAR

IDESPBHP133809733147019V<<<<<<<
3911132M9901018ESP<<<<<<<<<<<<3
LANDEIRA<CONDE<<JOSE<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS
LANDEIRA
SEOANE
NOMBRE / NOME
NIEVES
SEXO / SEXO F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
05 02 1976
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BMH126187 15 07 2030

DNI 44810112V

Nieves Seoane 731456

DOMICILIO / DOMICILIO
V. GALILEO (DE) 0017
BOISACA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJOA DE / FILLOA DE
JOSE / JESUSA

IDESPBMH126187744810112V<<<<<<<
7602056F3007158ESP<<<<<<<<<<<<6
LANDEIRA<SEOANE<<NIEVES<<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS<https://certificados.cgcom.es>

HF6GGFPYHY

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105250579

Nº Certificado/Nº certificado



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 exercicio profesional en

A CORUÑA

SANTAGO DE COMPOSTELA

, con el número

co número

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

8356

1ª colegiación

1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

Documento

de identidade:

☒ D.N.I.☐ D.N.I.☐ Pasaporte☐ Pasaporte☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) DEFICITO GLOBLAL

Debido a/Debido a

(c) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) VIOLADA VULNERA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ENTORPECIMIENTO RESPIRATORIO CRÓNICO

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/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

Accidente de tráfico

No/Non

Sí/Si

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN
OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
EXPEDIENTE Nº 20230718/003650 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª JOSÉ LANDEIRA CONDE con Documento Identificativo DNI y Nº 33147019V, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 17 de JULIO de 2023, a las 14:45 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 18 de JULIO de 2023.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/07/2023 12:47

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:fuWK-SPAB-mdSr-UJbC