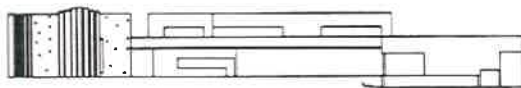




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 20 de octubre de 2023

Don/Doña María Leopolda Pérez Vázquez, con DNI 76339743 Y y domicilio en Rúa Eduardo Pondal, 1 - 1ºD - Cambre (A Coruña) en su condición de Esposa de FRANCISCO JAVIER VÁZQUEZ GRAÑA,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 23:00 horas del día 21 de octubre de 2023, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de FRANCISCO JAVIER VÁZQUEZ GRAÑA fallecido en a las horas del día 20 de octubre 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 Leopolda Pérez Vázquez
DNI: 76339743 Y

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 esquela 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

[illegible]

COMPROBANTE DE PAGO
C. EDUARDO PONDAL Y P01 D.M.
0 TEMPLE
CAMBRE
A CORUNA
LIBROS DE SACRAMENTO / LIBROS DE SACRAMENTO
SEXAVANTE
ZAMORA
MAYOR DE / FOLIO MAYOR
AURELIO / SEGUNDA

SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.cgcom.es

VZJNXTWJXG

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

Sello/Carimbo

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105272557

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Angélica Conwega Vanegas
D. / Dña. A Coruña, con el número CAUAC
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en CAUAC, co número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

V.e
15/5/2023

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: FRANCISCO JAVIER
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: VAZQUEZ
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: BRANA
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 12 Año 1954 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Data de nacemento: Día 21 Mes 12 Ano 1954 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 37783940-T
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 11:03 Día 20 Mes 10 Año 2023
Hora e data da defunción: Hora : minutos 11:03 Día 20 Mes 10 Ano 2023

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

I. Causa inmediata / Causa inmediata
(a) PARADA RESPIRATORIA
Debido a / Debido a
Causas intermedias / Causas intermedias
(b) DETERIORO COGNITIVO FRONTAL
Debido a / Debido a
(c) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Debido a / Debido a
Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental
(d) ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

II. Otros procesos / Outros procesos

¿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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Si/Si ☐ Accidente laboral Si/Si ☐
Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/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 A Coruña, a 20 de Octubre de 2023
En _____, a _____ de _____ de _____

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 debrimento das causas de defuncção se comece pola **causa Inmediata** 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 defunción, 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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. **Anótase unha única causa**, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, fírase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

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

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron a 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.

LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE A CORUÑA
EXPEDIENTE NÚM.20231020/010441 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª FRANCISCO JAVIER VÁZQUEZ GRAÑA con Documento Identificativo DNI y Nº 37783940T, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 20 de OUTUBRO de 2023, as 11:03 horas, ocorrida en HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA;

CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Coruña, A o 20 de OUTUBRO de 2023.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
20/10/2023 14:29

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

FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:xDd7-Ydws-axkE-&KBF

