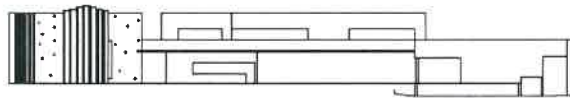




APOSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 9 de noviembre de 2023

Don/Doña Adela Arias Conejo, con DNI 09678140 Q y domicilio en Rúa Eduardo Pondal, 28 - Santiago en su condición de Madre superiora de MARÍA CARMEN GONZÁLEZ PINTOS,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 12:30 horas del día 10 de noviembre de 2023, en CREMATARIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MARÍA CARMEN GONZÁLEZ PINTOS fallecida en Santiago de Compostela a las horas del día 8 de noviembre 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.: Adela Arias Conejo
DNI: 09678140 Q

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 lopdmegamailconsultores.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



NOMBRE
MARIA CARMEN
PRIMER APELLIDO
GONZALEZ
SEGUNDO APELLIDO
PINTOS

W. C. C. J. P. P. P.

EXPED. 06-10-2000 VAL. PERMANENTE
IDESP

EQUIPO 27421A6D1

IDESP10519521B9<<<<<<<<<<<<<
2506300F9912315ESP<<<<<<<<<O
GONZALEZ<PINTOS<<MARIA<CARMEN<

FALLECIDA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNH 09678140Q

APELLIDOS / APELIDOS
ARIAS
CONEJO
HOMBRE / HOME
ADELA
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
02 09 1950
NÚM. SOPORT VALIDEZ / VALIDADE
BIE190070 07 06 2028

~~Holebe Hris~~ 959680

CONCLUSIONS / CONCLUSIONES

RUA. EDUARDO PONDAL 28
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
LLANAS DE LA RIBERA
LEÓN

ESPOSA DE / FILHA DE
ANTONIO / AMADA

IDESP BHE190070709678140Q<<<<<<
5009020F2806077ESP<<<<<<<<<5
ARIAS<CONEJO<<ADELA<<<<<<<<<<

SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



https://certificados.cgcom.es

PAYCOFAKPL

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

105272220

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. IREA FERNÁNDEZ XOVE

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en CNUS, SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio anterior

Nº de colegiación
Nº de colegiación

151514015

Nº colegiación
Nº colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

NAREIA CARMEN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

GONZALEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

PINTOS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 30

Mes 06

Año 1925

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

10519521-B

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

20:45

Día

Día

08

Mes

Mes

11

Año

Año

2023

¿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 do tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FRACASO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) DERRAME PLEURAL

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDÍACA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

¿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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

000000

000000

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿Existen causas infecciosas? ¿Existen causas iatrogénicas?

Sí ☐ No ☒

Enfermedad infecciosa / Enfermedad infecciosa

Grupo: ☐ ☐ ☐

Posibilidad de incineración / Posibilidade de incineração

Sí ☒ No ☐

Incineración condicionada por / Incineração condicionada por:

- ☐ Retardo de Marcapasos / Retardo de marcapassos
☐ Tratamiento con isótopos radiactivos / Tratamento com isótopos radioativos
☐ Existencia de prótesis / Existência de próteses

En Santiago a 05 de Noviembre de 2023

Firma del médico
Assinatura do médico

[Firma]

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 sólo 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 45 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 3 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 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

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 10

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, separarlas 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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "debido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tão importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afecção e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado 1.(a) deve ser inferior ou igual a 1.(b), e este à sua vez inferior ou igual ao 1.(c) e así sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluyentes, é dizer, há que expressar o período numa única unidade de tempo e tan só há que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso numa 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 45 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 3 Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciu a morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas Días Meses Años 10

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 5

Otras recomendacións:

1 Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2 Evitar abreviaturas e/o siglas.

3 Certificar enfermidades e síndrome sin ambigüedades.

4 Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separarlas 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.

EXPEDIENTE 2023-1109163244

Habiéndose acreditado la defunción de MARÍA CARMEN GONZÁLEZ PINTOS, con documento identificativo DNI,10519521B según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 08 DE NOVIEMBRE de 2023, a las 20:45 horas, acaecida en HOSPITAL PROVINCIAL DE CONXO, SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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

En Santiago de Compostela a 09 de NOVIEMBRE de 2023.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
09/11/2023 15:10

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:tRbx-ZpKJ-Msee-Um5K

