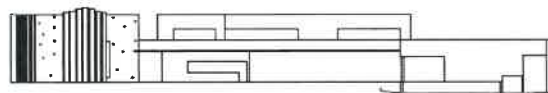




**APÓSTOL**  
FUNERARIA | TANATORIO



# SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 29 de diciembre de 2023

Don/Doña Santos Mateos Pazos, con DNI 33082501Z y domicilio en Avda. Rosalía de Castro, 54 - 2ºA - Milladoiro - Ames en su condición de Esposo de EULALIA MACÍAS VARELA,

## SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 13:30 horas del día 29 de diciembre de 2023, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de EULALIA MACÍAS VARELA fallecida en Teo a las 11:45 horas del día 28 de diciembre 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.: Santos Mateos Pazos  
DNI: 33082501Z



**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

**ESPAÑA**

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO  
**MATEOS**

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO  
**PAZOS**

NOMBRE / NOME  
**SANTOS**

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
**M ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO  
**23 10 1938**

IDESP  
**APB101927**

VALIDO HASTA / VALIDO ATA  
**01 01 9999**

**DNI NÚM.**  
**33082501Z**



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO  
**SANTIAGO DE COMPOSTELA**

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS  
**A CORUÑA**

HUJOA DE / FILLO/A DE  
**JOSE / MARIA**

DOMICILIO / DOMICILIO  
**AVDA. ROSALIA CASTRO-MILLADOIRO 54 P02 A**

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO  
**AMES**

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS  
**A CORUÑA**

EQUIPO / EQUIPO  
**15771L6D1**

**IDESPAPB101927033082501Z<<<<<<<<**  
**3810235M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<5**  
**MATEOS<PAZOS<<SANTOS<<<<<<<<<<<<<**

OMC §

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

GKNEF3LPL7

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

104373521

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.  
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número  
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en CA@ Cacheiros Teo, co número  
y con ejercicio profesional en CA@ Cacheiros Teo  
e con ejercicio profesional enColegio actual  
Colegio actualNº de colegiado/a  
Nº de colexiado/a158341-4  
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 nacementoDía  
DíaMes  
MesAño  
AñoSexo:  
Sexo:Varón  
VarónMujer  
MullerDocumento  
de identidad:☒ D.N.I.  
☐ D.N.I.Número:  
Número:

35206137-2

Documento  
de identidad:☐ Pasaporte  
☐ PasaporteNúmero:  
Número:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)  
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)Número:  
Número:

-

Hora y fecha de la defunción  
Hora e data da defunciónHora : minutos  
Hora : minutos

11:45

Día  
Día

28

Mes  
Mes

12

Año  
Año

2023

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

Domicilio particular  
Domicilio particularCentro hospitalario  
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria  
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo  
Lugar de traballoOtro lugar  
Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado  
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) Detención cognitiva por

Remoción de memoria por

rotura de aneurisma por

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) HTA

Dislipemia

(c) Poliartritis de naturaleza

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) Insuficiencia cardíaca

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

¿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 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

En Cacheiros, a 28 de Diciembre de 2023

En Cacheiros, a 28 de Diciembre de 2023

Firma del médico  
Sinatura do médicoFirma del médico  
Sinatura do médico

MINISTERIO  
DE JUSTICIA

**LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN**

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de *Eulalia Macías Varela*, con documento  
identificativo DNI, *352061372* según la certificación facultativa presentada, que constata  
la fecha de la muerte *28* de *diciembre* a las horas, acaecida en *Teo*  
*2023, 11:45*

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 *29* de *diciembre* 2023.



Firma manuscrita en tinta azul.