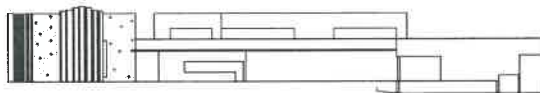




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 19 de enero de 2024

Don/Doña María Isabel Lourido Fernández, con DNI 33236868M y domicilio en Avda. de Bilbao, 8 - 6ºB - Santiago de Compostela en su condición de Sobrina de MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MAYER,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 14:00 horas del día 20 de enero de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MAYER fallecida en Teo a las 02:00 horas del día 19 de enero de 2024; 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 Isabel Lourido Fernández
DNI: 33236868M

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



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
MAYER

NOMBRE / NOME
MARIA CARMEN

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
29 11 1929

IDESP
ASR171838

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI NÚM.
33024659V

Maria Carmen Fernandez Mayer



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
RODRIGO / ADELA

DIRECCIÓN / DIRECTION
RUA DAS CARRETAS 7 P02

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROVINCIA PAIS / PROVINCIA-PAIS
A CORUÑA

GRUPO / GRUPO
15771L6D1

IDESPASR171838333024659V<<<<<<<
2911294F9901018ESP<<<<<<<<<<<5
FERNANDEZ<MAYER<<MARIA<CARMEN<

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELLIDOS
LOURIDO
FERNANDEZ

NOMBRE / NOME
MARIA ISABEL

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
29 07 1958

NÚM. DOCUMENTO **VALIDEZ / VALIDEZ**
GMC165330 **29 06 2030**



33236868M **838592**

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. DE BILBAO 8 P06 8
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

157716D1 

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

HEVIA DE / PELODA DE
CAMILO / ADELA ISABEL

IDESPBMCI65330533236868M<<<<<<
5807293F3006298ESP<<<<<<<<<<<<<3
LOURIDO<FERNANDEZ<<MARIA<ISABE

SOLICITANTE (SOBRINA)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIADA
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



https://certificados.cgcom.es

N6VR3EKUVD

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

105196956

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D./Dña. **M^{te} Jesús Eiris Cambre**, licenciada
D./Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A Comuña**, con el número
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en **CHP Cacheiras Teo**, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiatura
Nº de colegiatura

1583414

Nº colegiación
Nº colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Maria del Carmen

Fernandez

Mayer

* Vale consepcción

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

Documento

de identidade:

X

D.N.I.

D.N.I.

Pasaporte

Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

33024659-V

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

02:00

Día

Día

19

Mes

Mes

01

Año

Año

2024

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

Teo A Comuña

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) **Insuficiencia Cardíaca**

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) **Diabetes mellitus tipo 2**
Glucemia basal alterada

Debido a/Debido a

(c) **Dislipemia**

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) **Hipertensión Arterial**
Fibrilación Auricular

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Neoplasia vejigal urinaria

¿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 de tráfico SI/SI ☐

Accidente laboral No/Non ☐

Accidente laboral SI/SI ☐

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

2024

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G



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

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retiro de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con isótopos radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de próteses

En Cacheiras, a 19 de Enero de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

285346

DEA M. JESUS

PRE

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 al I.(b), y éste a su vez inferior o igual al I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el periodo 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 00 00 00 00
Días 45 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

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 0 0 0 0 0
Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

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 0 0 0 0 0 2
Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

(c) Pielonefritis crónica

debido a 0 0 0 0 0 2
Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

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 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 05 00 00

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 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 01 00

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 cubrimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se termine 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 transcurrido entre o começo de cada afecção e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este à sua vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é decir, 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 00 00 00 00
Días 45 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

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 0 0 0 0 0
Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

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 0 0 0 0 0 2
Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

(c) Pielonefrite crónica

debido a 0 0 0 0 0 2
Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 00 00

4 Causa inicial ou fundamental

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 01 00

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

Horas 00 00 00 00
Días 00 00 00 00
Meses 00 00 00 00
Años 00 00 01 00

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 COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE TEO
EXPEDIENTE NÚM.20240119/010266 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/D^a MARÍA CARMEN FERNÁNDEZ MAYER con Documento Identificativo DNI y N° 33024659V, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 19 de XANEIRO de 2024, as 02:00 horas, ocorrida en RESIDENCIA SAN SIMÓN DE ONS, CONSTENLA 44, CACHEIRAS;

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

En Teo o 19 de XANEIRO de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
19/01/2024 13:45	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública	ENCARGADO



RG:9&2H-zDzs-C3Ug-5f9D

