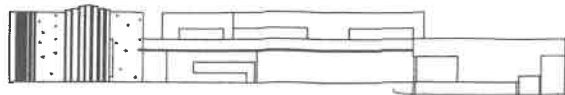




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 15 de febrero de 2024

Don/Dña Santiago Rey Hermida, con DNI 33143452S y domicilio en Rúa Emilia Pardo Bazán, 10 - 2ºC - Ordes (A Coruña) en su condición de Esposo de SERAFINA ASOREY SANTOS,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 22:30 horas del día 15 de febrero de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de SERAFINA ASOREY SANTOS fallecida en Santiago de Compostela a las 16:15 horas del día 14 de febrero 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.: Santiago Rey Hermida
DNI: 33143452S

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 esquila 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





Pompas Fúnebres de Ordes

D.N.I. del fallecido, Dña. Serafina Asorey Santos

Ocurrida a las **16:15** horas del día **14/02/2024**.

 ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD APellidos / APELLIDOS ASOREY SANTOS Nombre / NOME SERAFINA Sexo / SEXO F Nacionalidad / NACIONALIDADES ESP Fecha de nacimiento / DATA DE NACIMENTO 01 11 1939 Núm. DNI / VALIDEZ / VALIDEZ BIM118884 01 01 9999 DNI 33148107R 445888	DOMICILIO / DOMICILIO RUA. EMILIA PARDO BAZAN 10 P02 C ORDES A CORUÑA 15381A6DV LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO SANTIAGO DE COMPOSTELA A CORUÑA HAJOA DE / FILLOA DE ANTONIO / RAMONA IDESPBIM118884533148107R<<<<<<< 3911017F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2 ASOREY<SANTOS<<SERAFINA<<<<<<<<
---	---

D.N.I. del familiar, Santiago Rey Hermida, en calidad de esposo.

 ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD APellidos / APELLIDOS REY HERMIDA Nombre / NOME SANTIAGO Sexo / SEXO M Nacionalidad / NACIONALIDADES ESP Fecha de nacimiento / DATA DE NACIMENTO 07 05 1940 Núm. DNI / VALIDEZ / VALIDEZ BIM118885 01 01 9999 DNI 33143452S 467072	DOMICILIO / DOMICILIO RUA. EMILIA PARDO BAZAN 10 P02 C ORDES A CORUÑA 15381A6DV LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO TEO A CORUÑA HAJOA DE / FILLOA DE DELMIRO / CARMEN IDESPBIM118885633143452S<<<<<<< 4005070M9901018ESP<<<<<<<<<<<<3 REY<HERMIDA<<SANTIAGO<<<<<<<<<
--	--

De acuerdo en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, le informamos que sus datos han sido incorporados al sistema de tratamiento de datos, automatizado y no automatizado, bajo la responsabilidad de Pompas Fúnebres de Ordes S.L., con la finalidad de la gestión administrativa, fiscal y contable derivada de la relación contractual y/o comercial que mantenemos con su usted.

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos y los de limitación u oposición a su tratamiento mediante un escrito a la dirección: Rúa de Campeiras, 14 - 15680 Ordes (A Coruña), o bien indicándolo en la dirección de correo electrónico: info@funerariaordes.gal



Pompas Fúnebres de Ordes

Santiago Rey Hermida, con DNI N° **33143452S** y domicilio en
Rúa Emilia Pardo Bazán N° 10, 2º-C (Ordes), en calidad de **esposo**

SOLICITA AL CREMATARIO

La incineración de los restos mortales de:

Dña. Serafina Asorey Santos, con D.N.I. N° **33148107R**, que
falleció a las **16:15** horas del día **14/02/2024**, en **Hospital
Provincial**, población de **Santiago (A Coruña)**.

Día de incineración: **15/02/2024**.

Hora de incineración: **19:30**.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en
Ordes, a 15 de febrero de 2024.

De acuerdo en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, le informamos que sus datos han sido incorporados al sistema de tratamiento de datos, automatizado y no automatizado, bajo la responsabilidad de Pompas Fúnebres de Ordes S.L., con la finalidad de la gestión administrativa, fiscal y contable derivada de la relación contractual y/o comercial que mantenemos con su usted.

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos y los de limitación u oposición a su tratamiento mediante un escrito a la dirección: Rúa de Campeiras, 14 - 15680 Ordes (A Coruña), o bien indicándolo en la dirección de correo electrónico: info@funerariaordes.gal



Pompas Fúnebres de Ordes

Santiago Rey Hermida, con DNI Nº **33143452S** y domicilio en Rúa Emilia Pardo Bazán Nº 10, 2º-C (Ordes), en calidad de **esposo**

*Autoriza, al personal de la empresa Pompas Fúnebres de Ordes, a recoger las cenizas de **Dña. Serafina Asorey Santos**, con D.N.I. Nº **33148107R**, que falleció a las **16:15** horas del día **14/02/2024**, en **Hospital Provincial**, población de **Santiago (A Coruña)**.*

Día de incineración: **15/02/2024**. Hora de incineración: **19:30**.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en **Ordes, a 15 de febrero de 2024**

De acuerdo en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, le informamos que sus datos han sido incorporados al sistema de tratamiento de datos, automatizado y no automatizado, bajo la responsabilidad de Pompas Fúnebres de Ordes S.L., con la finalidad de la gestión administrativa, fiscal y contable derivada de la relación contractual y/o comercial que mantenemos con su usted.

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos y los de limitación u oposición a su tratamiento mediante un escrito a la dirección: Rúa de Campeiras, 14 - 15680 Ordes (A Coruña), o bien indicándolo en la dirección de correo electrónico: info@funerariaordes.gal

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados.cgcom.es

7MP6XMC7CN

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105448213

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARCA CARREIRAS CUINA

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CCUNA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO

e con ejercicio profesional en

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

151513279

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

SERAFINA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

ASOREY

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SANTOS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 04

Mes 11

Año 1939

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:

Número:

Número:

33148107-R

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

16 : 15

Día 14

Día 14

Mes 02

Mes 02

Año 2024

Año 2024

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

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AnosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Anos

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AnosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA BRONCOASPIRATIVA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AnosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Anos

¿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 tráficoNo/Non
Sí/SiAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Sí/SiFecha del mismo:
Data do mesmo:

Día 14

Mes 02

Año 2024

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿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:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

☒ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En SANTIAGO, a 14 de FEBRERO de 2024.

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 00 Días 45 Meses 00 Años 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 30 00 00 00
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 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 00 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

00 00 00 00 5
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

00 00 00 00 1 0
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 cubrimento das causas de defunção se comece pela 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 Defunção.

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 defunção, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 00 Días 45 Meses 00 Años 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) Hemorragia cerebral

debido a 30 00 00 00
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 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 00 2
Horas Días Meses Años

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

00 00 00 00 1 0
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

00 00 00 00 1 5
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar máisculas 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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de SERAFINA ASOREY SANTOS, con documento identificativo DNI 33148107R, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 14 de febrero de 2024, a las 16:15 horas, acaecida en el Hospital Provincial de Santiago de Compostela. Expediente 20240215/005030.

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 15 de febrero de 2024.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
15/02/2024 11:09

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:&YYs-CZTf-8KQQ-KFRe

