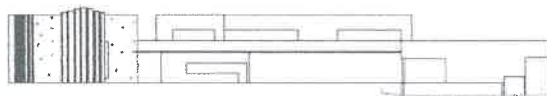




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 28 de febrero de 2024

Don/Doña Jesús Castela Doce, con DNI 33301264 R y domicilio en Rúa Rebordaos, 24 - Santiago de Compostela en su condición de abuelo de TRIANA CASÁS CASTELAO,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 19:00 horas del día 29 de febrero de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de TRIANA CASÁS CASTELAO fallecida en Santiago de Compostela a las 18:18 horas del día 28 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.: Jesús Castela Doce
DNI: 33301264 R



APELLIDOS / APELIDOS
CASTELAO
DOCE
NOMBRE / NOME
JESUS
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
01 06 1974
NOM. IDENTIFIC. VALIDEZ / VALIDEZ
BM0167335 01 09 2030

[Signature]

286720

33301264R

DIRECCION / DIRECCION
RUA. REBORDAOS 24
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
NOMBRE DE / NOME DE
JOSE / MARIA LUISA

15771L6D1

IDESPBM0167335433301264R<<<<<<<
7406014M3009015ESP<<<<<<<<<<<<<3
CASTELAO<DOCE<<JESUS<<<<<<<<<<<<<

<https://certificados.cgcom.es>

9LCLZS8F6D

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

105196299

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. RITA GARCÍA FERNÁNDEZ
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, con el número
en Medicina e Cirugía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con ejercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151313124

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

TRIANA

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

CASAS

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

CASTELA

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 23

Mes 12

Año 2023

Sexo:

Varón

Mujer X

Documento
de identidad:☐ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

18:18

Día 28

Mes 02

Año 2024

Hora e data da defunción

Hora : minutos

18:18

Día 28

Mes 02

Año 2024

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de trabajoOtro 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 inmediata² / Causa inmediata²(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) ENCEFALOPATÍA EPILEPTICA 5 2
Horas Días Meses Años(c)
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA 5 2
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
Horas Días Meses Años

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

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de TRIANA CASAS CASTELAO
, con documento identificativo DNI, ----- según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 28 DE FEBRERO DE 2024
a las 18:18 horas, acaecida en 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 29 de FEBRERO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
29/02/2024 10:59

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:nht6-n6eR-K&ws-u2gd