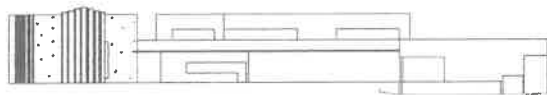




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 7 de marzo de 2024

Don/Doña María Luisa Pérez Fariña, con DNI 33181137A y domicilio en Calle Ramón Cabanillas, 14, 5º B - Santiago de Compostela en su condición de esposa de EDUARDO MANUEL MÍGUEZ BEN,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 8 de marzo de 2024, en CREMATARIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de EDUARDO MANUEL MÍGUEZ BEN fallecido en Santiago de Compostela a las 17:00 horas del día 7 de marzo 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 Luisa Pérez Fariña
DNI: 33181137A



APELLIDOS / APELLIDOS
MIGUEZ
BEN
NOMBRE / NOME
EDUARDO MANUEL
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
11 04 1946
NÚM. DOCUMENTO VALIDEZ / VALIDADEZ
BAT157294 16 02 2026

BAT 157294



228864

DNI 33158357Q

[Handwritten signature]

DIRECCIÓN / DIRECTION
C. RAMON CABANILLAS 14 P05/B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
LUGO
LUGO
NOMBRE DE / NOME DE
RAFAEL / CARMEN

15771691



IDESPBAT157294033158357Q<<<<<<
4604118M2602165ESP<<<<<<<<<<<5
MIGUEZ<BEN<<EDUARDO<MANUEL<<<<



APELLIDOS / APELLIDOS
PEREZ
FARIÑA
NOMBRE / NOME
MARIA LUISA
SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
24 09 1947
NÚM. DOCUMENTO VALIDEZ / VALIDADEZ
BJA108023 01 01 9999

BJA 108023



345344

DNI 33181137A

[Handwritten signature]

DIRECCIÓN / DIRECTION
C. RAMON CABANILLAS 14 P05/B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
RIBEIRA
A CORUÑA
NOMBRE DE / NOME DE
EMILIO / LUISA

15771691



IDESPBJA108023833181137A<<<<<<
4709242F9901018ESP<<<<<<<<<<7
PEREZ<FARIÑA<<MARIA<LUISA<<<<

CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido.
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.cgcom.es

NTPUT0060E

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105424003

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. AURA DÍAZ ARGÜES
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151513753
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: EDUARDO MANUEL
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: MIGUEL
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: BEN
2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 11 Mes 04 Año 1946
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33158357-Q
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 17:00 Día 07 Mes 03 Año 2024
Hora : minutos Día Mes Año

¿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 ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo 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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) FALLO MULTIORGÁNICO
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años

(c) EPIC
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) SEPSIS URINARIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años

II. 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 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 Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: COMPLEXO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: JOSÉ MANUEL RODRIGUEZ CASTELAO	DNI: 44813362R
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: EDUARDO MANUEL MÍGUEZ BEN				Nacionalidad: ESPAÑOLA	
Dni/Pasaporte: 33158357Q		Sexo: HOMBRE	Edad: 77	Fecha nacimiento: 11 DE ABRIL DE 1946	
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 7 DE MARZO DE 2024 A LAS 17:00 EN HOSPITAL DE CONXO - SANTIAGO					
Causa fallecimiento: MUERTE NATURAL – FALLO MULTIORGÁNICO					
Destino final: CREMATORIO COMPLEJO APÓSTOL SANTIAGO					

Siendo las 20:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria: ☐ Refrigeración ☐ Congelación ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 7 de marzo de 2024

El profesional que realiza la técnica


José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

**Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.**
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
24 HORAS: 981 58 06 69
José Domínguez Pérez
33200436M



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de EDUARDO MANUEL MÍGUEZ BEN , con documento identificativo DNI, 33158357Q según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 07 DE MARZO 2024 a las 17:00 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 08 de MARZO 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
08/03/2024 14:10

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:fV7i-kvVS-cBKg-DZhX