



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 26 de agosto de 2024

Don/Doña José Benito Porral Porral, con DNI 76808362T y domicilio en Veiga, 26 - Láin - Pontevedra en su condición de Hijo de MARÍA JOSEFA PORRAL GARCÍA,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 23:30 horas del día 26 de agosto de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MARÍA JOSEFA PORRAL GARCÍA fallecido en Ourense a las 04:05 horas del día 25 de agosto 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.: José Benito Porral Porral
DNI: 76808362T

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PORRAL
GARCIA
MARIA JOSEFA

FECHA DE NAC. 28 11 1930

IDENTIF. AGS176608076793663K

01 0119999

Josefa Porral

DNI NÚM.
76793663K

LALIN
PONTEVEDRA
ANDRES / ISOLINA
LGAR. VEIGA 26
GOTAS
LALIN

15771L6D1

IDESPAGS176608076793663K<<<<<<
3011283F9901018ESP<<<<<<<<<<<<9
PORRAL<GARCIA<<MARIA<JOSEFA<<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 76808362T

APellidos / Apellidos
PORRAL
PORRAL

Nombre / Name
JOSE BENITO

Sexo / Sexo
M

Nacionalidad / Nacionalidade
ESP

Nacimiento / Nascimento
30 09 1959

Emisión / Emissão
22 09 2022

Validez / Validade
22 09 2032

Núm. Soporte
CDH186756

577024

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

Domicilio / Domicilio
LGAR. VEIGA 26
LALÍN
PONTEVEDRA

Lugar de nacimiento / Lugar de nacimiento
LALÍN
PONTEVEDRA

Hija de / Filia de
FERNANDO / MARIA JOSEFA

IDESPCDH186756776808362T<<<<<<
5909304M3209228ESP<<<<<<<<<<<<1
PORRAL<PORRAL<<JOSE<BENITO<<<<



https://certificados.cgcom.es

7G8TDOBER2

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



ilustre
colexio oficial de médicos
de ourense

Colexio de

Sello Carimbo

105357935

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. BELO MARIA FERNANDA FERNANDEZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en OURENSE

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

323203866

1ª colexiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA JOSEFA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

PORRAL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

GARCIA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día 28

Mes

Mes 11

Año

Año 1930

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

76793663-K

Documento
de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

04:05

04:05

Día

Día 25

Mes

Mes 08

Año

Año 2024

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

OURENSE

Domicilio particular ☐

Centro hospitalario ☒

Residencia socio-sanitaria ☐

Lugar de trabajo ☐

Otro 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) FRACASO MULTIORGÁNICO

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) DESNUTRICION PROTECTOR CALORICA

Horas

Días

Meses

Años

(c) NEGATIVA A LA INGESTA

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DETERIORO COGNITIVO AVANZADO
POSIBLE AEMORRAGIA DIGESTIVA

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Días

Meses

Años

¿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 de tráfico Si/Si

Accidente laboral No/Non

Accidente laboral Si/Si

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

**LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/
INCINERACIÓN**

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE LALIN
EXPEDIENTE SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª
MARIA JOSEFA PORRAL GARCIA

con Documento Identificativo DNI/NIE/PASAPORTE 76793663K,
según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día
25/08/2024 a las 04:25 horas, acaecida en OURENSE
SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona
reseñada, una vez transcurra el plazo legalmente establecido.

En Lalin

Fecha: 26/08/2024.

EL/LA ENCARGADA DE REGISTRO CIVIL



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



https://certificados.cgcom.es

7G8TD0BER2

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de



ilustre
colexio oficial de médicos
de ourense

Colexio de

Sector/Carimbo

105357935

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. BELÉN MARIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en OURENSE

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en OURENSE

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

323203266

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA JOSEFA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

PORRAL

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

GARCIA

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

1930

1930

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

76793663-K

76793663-K

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

Documento

de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

04:05

04:05

Día

Día

25

25

Mes

Mes

08

08

Año

Año

2024

2024

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

OURENSE

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 aproximado¹

Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)

FRACASO MULTIORGÁNICO

FRACASO MULTIORGÁNICO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

DESNUTRICION PROTECTOR CALORICA

DESNUTRICION PROTECTOR CALORICA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(c)

NEGATIVA A LA INGESTA

NEGATIVA A LA INGESTA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

DETERIORO COGNITIVO AVANZADO

DETERIORO COGNITIVO AVANZADO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

POSIBLE HEMORRAGIA DIGESTIVA

POSIBLE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si

Sí/Si

No/Non

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si

Sí/Si

No/Non

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 tráfico

No/Non

No/Non

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

No/Non

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso