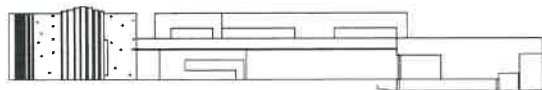




**APÓSTOL**  
FUNERARIA | TANATORIO



# SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 2 de octubre de 2024

Don/Dña Ana García Porto, con DNI 53302183M y domicilio en Meixome, 15 - Leobalde - Tordoia en su condición de Hija de TOMÁS GARCÍA MARTÍNEZ,

## SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 13:00 horas del día 3 de octubre de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de TOMÁS GARCÍA MARTÍNEZ fallecido en Tordoia a las 04:00 horas del día 2 de octubre 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.: Ana García Porto  
DNI: 53302183M



## 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



ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.





Ocurrida a las **4:00** horas del día **02/10/2024**.

**D.N.I. del familiar,** Ana García Porto, en calidad de hija.



OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de

Colegio de

105602417

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A  
CLASE 3ª SERIE AD./Dña. Am. Cordero Rodríguez  
D./Dña. A. Cordero  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en  
y con ejercicio profesional en  
y con ejercicio profesional encon el número  
co númeroColegio actual  
Colegio actual  
Nº de colegiatura  
Nº de colegiatura  
105602417  
1º colegiatura  
1º colegiatura

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:  
Nome do falecido/a:1º Apellido del fallecido/a:  
1er Apellido do falecido/a:2º Apellido del fallecido/a:  
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento  
Data de nacementoDía  
DíaMes  
MesAño  
AñoSexo:  
Sexo:Varón  
VarónMujer  
MullerDocumento  
de identidad:  
Documento  
de identidad:☒ 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:  
Número:  
Número:Hora y fecha de la defunción  
Hora e data da defunciónHora : minutos  
Hora : minutosDía  
DíaMes  
MesAño  
Año

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

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 instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA  
Horas  
Días  
Meses  
AñosCausas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

Debido a/Debido a

(b) ENFERMEDAD CARDÍACA  
Horas  
Días  
Meses  
Años

Debido a/Debido a

(c) ENFERMEDAD RESPIRATORIA  
Horas  
Días  
Meses  
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>(d) ENFERMEDAD RESPIRATORIA  
Horas  
Días  
Meses  
AñosII. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>ENFERMEDAD RESPIRATORIA  
Horas  
Días  
Meses  
Años

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

Si/Sí No/Non

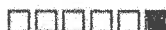
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/Sí 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 tráficoAccidente laboral  
Accidente laboralFecha del mismo:  
Data do mesmo:Día  
DíaMes  
MesAño  
AñoContinúa al reverso  
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

1 2 3 4 5 (ver instrucciones en página 2)  
(consultar instrucións na página 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Si ☐ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

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

En CHILE, a 2 de CHILE de 2024

Firma del médico  
Assinatura 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: 4, 5, Meses: Años:

#### 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 Horas: 3, 5, 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 2 Horas: 2, 5, Meses: Años:

(c) Pielonefritis crónica debido a 2 Horas: 2, 5, 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 debido a 5 Horas: 5, 10, 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 debido a 1 0 Horas: 1, 0, 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 preenchimento das causas da defunção se comece pela causa imediata e se termine com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "devido 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 transcorrido 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 sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluintes, é dizer, há que expressar o período numa única unidade de tempo e tan só há que encher unha por proceso e linha. Si houber que anotar mais dun proceso nunha linha, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado (o mais importante).

**Nota:** Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

**Ejemplo:**

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas: 4, 5, Meses: Años:

#### 2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senon a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

**Ejemplo:** (a) Hemorraxia cerebral debido a 3 Horas: 3, 5, Meses: Años:

#### 3 Causas intermedias:

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produxira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anótanse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

**Ejemplo:** (b) Hipertensión arterial debido a 2 Horas: 2, 5, Meses: Años:

(c) Pielonefrite crónica debido a 2 Horas: 2, 5, Meses: Años:

#### 4 Causa inicial ou fundamental:

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

**Ejemplo:** (d) Adenoma prostático debido a 5 Horas: 5, 10, Meses: Años:

#### 5 Outros procesos:

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

**Ejemplo:** Diabetes debido a 1 0 Horas: 1, 0, Meses: Años:

#### Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndrome sen ambigüedades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárase 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 sola e non para establecer orde de causalidade.



## Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

## Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

## Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

## Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

## LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de

Téndose inscrito no Rexistro Civil de

la defunción de don

a defunción de don/a

ocurrida a las

ocorrida ás

horas del día

horas do día

de

de

de

de

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que

concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.

vintecatro horas do falecemento

Registro Civil de

Rexistro Civil de

A

O

de

de

de

de

(El Juez)

(O xuíz)



