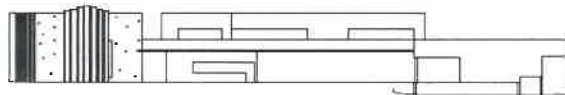




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 20 de noviembre de 2024

Don/Doña María Luisa Muñiz Pereira, con DNI 33283702B y domicilio en Vilamaior, 34 - Santa Comba - A Coruña en su condición de Hija de LUIS MUÑIZ BARCIA,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 14:00 horas del día 20 de noviembre de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de LUIS MUÑIZ BARCIA fallecido en A Coruña a las 14:45 horas del día 18 de noviembre 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 Muñiz Pereira
DNI: 33283702B

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
MUNIZ
PEREIRA
NOMBRES / NOMBRES
MARIA LUISA
SEXO / SEXO F NACIONALIDAD / NACIONALIDAD ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO 19 02 1968
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / IDENTIFICATION NUMBER BNC166350 VALIDEZ / VALIDITY 03 07 2030

050720

[Signature]

825728

DNI 332837028

DOMICILIO / DOMICILI
LGAR. VILAMAIOR 34
SANTA COMBA
A CORUÑA

QUEMOS

15771601



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
MIERES DEL CAMIN
ASTURIAS

HOJA DE / FOLIO DE
LUIS / PURIFICACION

IDESPBMC166350233283702B<<<<<<<
6802192F3007033ESP<<<<<<<<<<<<<1
MUNIZ<PEREIRA<<MARIA<LUISA<<<<<

OMC

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

105505339

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D./Dña.

Alvaro Villa Lafas

 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
 en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en
 y con ejercicio profesional en
 e con exercicio profesional en

A Coruña

con el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiatura
Nº de colegiatura

151513722

1ª colegiatura
1ª colegiatura
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

LUIS

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

RUÑIZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

BARCIA

Fecha de nacimiento:

Data de nacemento

Día

Día

20

Mes

Mes

03

Año

Año

1946

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidade:☒

D.N.I.

D.N.I.

Número:

Número:

76449348-Y

Documento
de identidad:Documento
de identidade:☐

Pasaporte

Pasaporte

Número:

Número:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

-

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora: minutos

Hora: minutos

14:45

Día

Día

18

Mes

Mes

11

Año

Año

2024

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

A Coruña

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a / Debido a

(b)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a / Debido a

(c)

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a / Debido a

(d)

NEURONIA

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?

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 tráfico

No/Non

SI/SI

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

SI/SI

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G



12345

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na páxina 2)

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Se ☐ No/Não ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Se ☒ No/Não ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses



En A Coimbra, a 18 de novembro 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: ☐ ☐ 45 ☐ ☐ Días: ☐ ☐ 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: ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 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

☐ ☐ ☐ ☐ 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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ 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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate 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 diretamente 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 afeição 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 processo 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: ☐ ☐ 45 ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Anos: ☐ ☐

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 ☐ ☐ 3 ☐ ☐ Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Anos: ☐ ☐

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu 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: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Anos: ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Anos: ☐ ☐

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase 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

☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Anos: ☐ ☐

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

☐ ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Anos: ☐ ☐

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas 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, sepárelas 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



OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE A CORUÑA

Calle Emilia Pardo Bazán n.º 24

15005 A Coruña

e-mail: registrocivil.acoruna@justicia.es

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dña. **LUIS MUÑIZ BARCIA** con DNI/NIE núm. 76469348Y ocurrida en A Coruña, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 18 de NOVIEMBRE del 2024 a las 14,45 horas; **SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver** de la persona reseñada, **una vez transcurran doce horas desde la hora del fallecimiento.**

En A Coruña, a 20 de NOVIEMBRE del 2024.

LA ENCARGADA
Beatriz Latorre Diaz

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
20/11/2024 11:47

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:VN5d-e8MD-Qsrr-hSvH