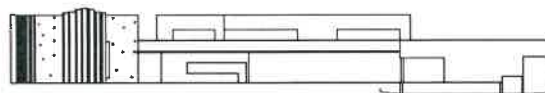




APOSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 26 de diciembre de 2024

Don/Doña María del Carmen Arán Molina, con DNI 33301840W y domicilio en Algalia de Arriba, 26 - 3º - Santiago en su condición de Hija de JOSÉ ARÁN DOMÍNGUEZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 26 de diciembre de 2024, en CREMATARIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de JOSÉ ARÁN DOMÍNGUEZ fallecido en Santiago de Compostela a las 14:40 horas del día 22 de diciembre 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 del Carmen Arán Molina
DNI: 33301840W

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

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS
ARAN
DOMINGUEZ

NOMBRE
JOSE

SEXO
M

NACIONALIDAD
ESP

FECHA DE NACIMIENTO
18-11-1952

NUM. SUPORT
BHK191044

VALIDEZ
28-06-2028

DNI 33207932A

297344

DOMICILIO
C. LA LUZ 61 P02 A
CABO BLANCO
ARONA
SANTA CRUZ DE TENERIFE

LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE
JOSE / MARIA

EQUIPO
38001L6D1

IDESPBHK191044933207932A<<<<<<<
5211180M2806284ESP<<<<<<<<<<<<<9
ARAN<DOMINGUEZ<<JOSE<<<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
ARAN
MOLINA

NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
09-02-1974

NUM. SUPORT
BDR191285

VALIDEZ / VALIDEZ
10-04-2027

DNI 33791740W

743744

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. ALGALIA DE ARRIBA (DA) 0026 P03
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
BARCELONA
BARCELONA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE / JOSEFA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPBDQ191285033301840W<<<<<<<
7402094F2704106ESP<<<<<<<<<<<<<0
ARAN<MOLINA<<MARIA<DEL<CARMEN<

DECLARANTE (HIJA)

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



S. ANTONIO (LA CORUÑA)
Colegio de

105467663

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. T. ROUSSET ROLLO

D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
y con ejercicio profesional en

Carliño
Carliño (La Coruña)

con el número
o número

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

6099/3

P. colegiado/a
P. colegiado/a

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nombre do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 18
Día

Mes 12
Mes

Año 2022
Año

Sexo:
Sexo:

Varón X
Varón

Mujer
Muller

Documento
de identidad:

X D.N.I.
D.N.I.

Número:
Número:

332079324A

Documento
de identidad:

Pasaporte
Pasaporte

Número:
Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:
Número:

0-00000000-0

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos 14:40
Hora : minutos

Día 22
Día

Mes 12
Mes

Año 2022
Año

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

U.C. - SANTIAGO COMPOSTELA

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 aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) NEURONIA INFECTIVA RESPIRATORIA
FALLO CARDIORESPIRATORIO

Horas
Días
Meses
Años

Causas intermedias / Causas intermedias

(b) NEURONIA NEUROLÓGICA
HIPERTENSION PULMONAR
DEBIDO A/DEBIDO A

Horas
Días
Meses
Años

(c) INSUFICIENCIA CARDÍACA DECOMPENSADA
SEPSIS SHOCK SÉPTICO
DEBIDO A/DEBIDO A

Horas
Días
Meses
Años

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) EDEMA AGUDO ROLLO
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
DEBIDO A/DEBIDO A

Horas
Días
Meses
Años

II. Otros procesos / Outros procesos

(e) DISTRÓFIA EPOC ANEURISMA ABDOMINAL
OXCENO DORCA

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 No/Non
Accidente de tráfico Si/Sí

Accidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/Sí

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Possibilidade de incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

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 Santiago, a 22 de Diciembre 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
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 cubrimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa orde natural de arriba para a abaixo, respondendo ás palavras "debido a" que facilitan a compreensão do conceito de sequência lógica, tan 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 á morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é decir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

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

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ ☐ ☐
Días 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, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias

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

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

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduziram á morte. Anotarase 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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.

4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas 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.

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~~ 12 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, ~~veinticuatro~~ 12 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 falecemento, 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 Santiago
Téndose inscrito no Rexistro Civil de Santiago
la defunción de don José Arán Domínguez
a defunción de don/a 14:40
ocurrida a las 22
ocorrida ás 22

de diciembre de 2024
de diciembre de 2024

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

do falecemento

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~~ 12 horas siguientes a la del fallecimiento. 12 ~~veinticuatro~~ horas do falecemento

Registro Civil de Santiago
Rexistro Civil de Santiago

A 26 de diciembre
O 26 de 2024
de 2024
de 2024

(El Juez)
(Xuíz)

[Firma]



the 1990s, the government has been able to maintain a relatively stable level of health care financing, even though the economy has been in a state of stagnation. This is due to a number of factors, including the government's commitment to universal health coverage and the implementation of various cost-containment measures.

One of the key factors in the success of the Japanese health care system is the government's commitment to universal health coverage. This commitment is reflected in the fact that health insurance is mandatory for all citizens, and the government has been able to maintain a relatively stable level of health care financing, even though the economy has been in a state of stagnation.

Another key factor is the implementation of various cost-containment measures. These measures include the implementation of a cap on out-of-pocket payments, the implementation of a cap on the number of hospital beds, and the implementation of a cap on the number of doctors per capita.

These measures have helped to control costs and ensure that health care is affordable for all citizens. The government's commitment to universal health coverage and the implementation of various cost-containment measures have been key factors in the success of the Japanese health care system.

Conclusion

The Japanese health care system is a model of universal health coverage and cost containment. The government's commitment to universal health coverage and the implementation of various cost-containment measures have been key factors in the success of the Japanese health care system.

References

- Anderson, S. M. (1990). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1991). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1992). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1993). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1994). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1995). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1996). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1997). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1998). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Anderson, S. M. (1999). *The Japanese health care system: A model of universal health coverage and cost containment*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA E BARBANZA

A/A: Funeraria

ASUNTO: Certificado de estancia en cámara.

Don Luis Gonzalez Taboada, Director de Atención Hospitalaria da Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza,

CERTIFICA:

Que Don José Arán Domínguez con Dni 33207932A faleceu o día 22 de Decembro de 2024 no Hospital de Conxo de Santiago de Compostela, permanecendo o cadáver na cámara ata o día de hoxe.

Firmado por GONZALEZ TABOADA LUIS -
***0856** el día 26/12/2024 con un
certificado emitido por AC FNMT
Usuarios

Santiago de Compostela, 26 de Decembro de 2024

