

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: LIDICE CARIDAD DIAZ VAZQUEZ ST. SC.

Fecha de fallecimiento: 4 DE DICIEMBRE DE 2024

Domicilio: HOSPITAL DE CONCHO - AVDA DE LUGO, 105 - 1º PAVEL (H-150)

Teléfonos: 622426381 E-mail: rosaldefidi@gmail.com

| CONCEPTOS                                                                                                                                                               |                                          | Servicio pre           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| Arca modelo <u>0 (Egipcia)</u>                                                                                                                                          | Medida                                   | <u>610</u>             |
| Capilla ardiente <u>capilla</u>                                                                                                                                         | Sala Prep. <u>SI</u> Libro               | <u>72</u>              |
| Gestión funeraria <u>SI</u>                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Tramitación UUV | <u>170</u>             |
| Carroza traslado <u>HOSPITAL AL CONCEPTO</u>                                                                                                                            |                                          | <u>105</u>             |
| <u>SEÑALES</u>                                                                                                                                                          | Prensa                                   |                        |
| <u>17:00</u>                                                                                                                                                            | Radio                                    |                        |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                                                                                                       |                                          |                        |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                                                  |                                          |                        |
| Turismo                                                                                                                                                                 | id.                                      |                        |
| Certificado médico <u>SI</u>                                                                                                                                            | Registro Civil <u>SANTAGO</u>            | <u>3</u>               |
| Carroza                                                                                                                                                                 | Personal                                 | <u>127</u>             |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                                      |                                          |                        |
| Iglesia                                                                                                                                                                 | Urna: <u>SI</u> Básica                   | <u>345</u>             |
| Incineración <u>SI</u>                                                                                                                                                  | Destino                                  | <u>89<sup>vo</sup></u> |
| Presencian <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                      | Funeral:                                 |                        |
| Cantores                                                                                                                                                                |                                          |                        |
| Flores <u>rosaldefidi@gmail.com</u>                                                                                                                                     |                                          | <u>34'10</u>           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input type="checkbox"/> Rosario |                                          | <u>72'10</u>           |

10. de los paues

Naturaleza

Día, mes y año de nacimiento

Profesión

Estado

Domicilio

Fecha:

Domicilio

Cementerio

Fallecimiento:

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA

DECLARANTE D.

Tomo

Página

D/ña.

falleció en

años

comfortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos

Bisnietos

Tios

Sobrinos

Primos

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

Fdo.: Raudel Figueredo Díaz  
DNI: 46097760X

*Raudel Figueredo Díaz*

Y para que así conste, firmo el presente en el lugar y fecha del encabezado.

3. Dispositivos.
- ☐ ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.
- ☒ NO ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.

2. Introducción.
- ☐ SI PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.
- ☒ NO PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.

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.

## MANIFIESTO

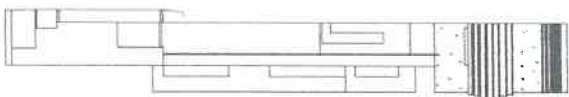
La INCINERACIÓN, que se efectuará a las horas del día 5 de diciembre de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de LIDICE CARIDAD DÍAZ VÁZQUEZ fallecida en Santiago de Compostela a las 17:40 horas del día 4 de diciembre de 2024; la cual se realizará en FÉRETRO BIODEGRADABLE.

## SOLICITO

Don/Doña Raudel Figueredo Díaz, con DNI 46097760X y domicilio en Avda. de Lugo, 105, 2º B Santiago de Compostela en su condición de hijo de LIDICE CARIDAD DÍAZ VÁZQUEZ,

En Santiago, a 4 de diciembre de 2024

## SOLICITUD DE INCINERACIÓN



APÓSTOL  
FUNERARIA I TANATORIO



## 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](mailto:info@funeraria-apostol.com).

**BASE LEGAL.** En cumplimiento del artículo 6 del Reglamento (UE) 2016/679 FUNERARIA TANATORIO APOSTOL 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](mailto: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 esqueta 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

15771601

CUBA  
PROVINCIAIS / PROVINCIA-PAIS  
CAMAGUEY  
LUGAR DE NACIMENTO / LUGAR DE MADEIRO  
SANTIAIGO DE COMPOSTELA  
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO  
AVDA. LUÑO (OE) 0105 P02 B  
DOMICILIO / DOMICILIO  
ROGELIO / LIDICE CARIDAD  
MULHER DE RUA DE

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO  
FIGUEROA  
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO  
DIAZ  
NOMBRE / NOME  
RAUDEL  
M  
ESP  
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
05 09 1980  
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO  
IDSP  
ARR149727  
VALIDO HASTA / VALIDO ATA  
16 12 2024

**FDR**

**ESPAÑA**

**RAUDEL DIAZ FIGUEROA**

**46097760X**

**DNI NOM.**

**Figuerola**



IRSPPE225020623Y405117V<<<<  
6202035F2504236CUB<<<<<<<2  
DIAZ<VAZQUEZ<<LDICE<CARIDAD<

RECHA DE EMISION - LUGAR / DATE OF ISSUE - PLACE  
12 01 2021 A CORUNA  
LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH  
SANTICI SPIRITUS-CUB  
DOMICILIO / ADDRESS  
AVDADE LUGO105P02B  
SANTIAGO DE COMPOSTELA  
# DOMICILI

075095  
NIE: Y4051177V  
/ PERSONAL NUMBER  
OBSERVACIONES / REMARKS  
AUTORIZA A TRABAJAR  
RESIDENCIA LARGA DURACION  
23 04 2025  
TIPO DE PERMISO / TYPE OF PERMIT VALIDEZ TARJETA / CARD EXPIRY  
03 02 1962  
SEX / NACIONALIDAD / NATIONALITY FECHA NAC. / BIRTH DATE  
CUB  
DIAZ VAZQUEZ Lidice  
caridad  
APELLIDOS Nombres / SURNAMES FORNAMES  
DE RESIDENCIA E22502062

322502062





**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**  
105722916  
Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. **MARIA TERESA RODRIGUEZ FIDALGO**  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A CORUÑA**, con el número **151514286**  
y con ejercicio profesional en **SANTAGO DE COMPOSTELA**  
D./Dña. **LIDICE CRUZADO**  
1º Apellido del fallecido/a: **DIAS**  
2º Apellido del fallecido/a: **VAREZ**

**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**  
Nombre del fallecido/a: **LIDICE CRUZADO**  
1º Apellido del fallecido/a: **DIAS**  
2º Apellido del fallecido/a: **VAREZ**  
Fecha de nacimiento: Día **03** Mes **02** Año **1962**  
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒

Documento de identidad: D.N.I. Número: **1-4051137-V**  
Documento de identidad: Pasaporte Número: **1-4051137-V**  
Hora y fecha de la defunción: Hora: minutos **17:40** Día **04** Mes **12** Año **2024**  
En qué municipio ocurrió la defunción?: **SANTAGO DE COMPOSTELA**  
Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na página 2)  
Intervalo de tiempo aproximado: **1**

**I. Causa inmediata / Causa inmediata**  
(a) **FALLO MULTIORGANICO**  
Debido a/Debido a  
(b) **TROMBOSIS PORTAL**  
Debido a/Debido a  
(c) **HEPATOCARCINOMA METASTASICO**  
Debido a/Debido a  
(d) **HEPATOCARCINOMA METASTASICO**  
Debido a/Debido a

**II. Otros procesos / Otros procesos**  
Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ☒ No/Non ☐ Si/Sí  
?Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? ☐ No/Non ☐ Si/Sí  
?La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:  
Accidente de tráfico ☒ No/Non ☐ Si/Sí  
Accidente laboral ☒ No/Non ☐ Si/Sí  
Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐  
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐

Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

S/Sr ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermedade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

Possibilidade de incineração?/Possibilidade de incineração

S/Sr ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por/Incineración condicionada por:

Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos

Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En

Santhya

de

04 de

de

2024

Firma del médico

1. P. M. A.

## 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 1.(a) debe ser inferior o igual a 1.(b), y éste a su vez inferior o igual a 1.(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 00  
Días 45  
Meses 00  
Años 00

### 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

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

debido a

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

debido a

(c) Pielonefritis crónica

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

debido a

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados

desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

### 5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Otras recomendaciones

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

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,

separarlas 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.

Mod. CMD-BED-G

## Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento das causas de defunción se comece por la **causa inmediata** e se remate coa causa **inicial** ou **fundamental**, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras **"debido a"** que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunción.

Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, de tal forma que no tempo anotado no apartado 1.(a) debe ser inferior ou igual a 1.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao 1.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é dicir, 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 00  
Días 45  
Meses 00  
Años 00

### 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

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

debido a

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que produciu a causa arriba

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

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

debido a

(c) Pielonefrite crónica

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

debido a

(d) Enfermedad o lesión que iniciou os feitos anteriormente

mencionados que conduccion a morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou a defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

### 5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Otras recomendaciones

Horas 00  
Días 00  
Meses 00  
Años 00

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, separarlas 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 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 licenza para o entierro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Registro Civil

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

A licenza 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 licenza 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 estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de

Téndose inscrito no Registro Civil de

la defunción de don

a defunción de don/a

ocurrida a las

horas del día

de

de

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa

del fallecimiento:

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

concede permiso para que se de sepultura a su cadáver, transcurridas as

sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.

veinticuatro horas do falecemento

Registro Civil de

Registro Civil de

de

A

de

de

(El Juez)  
(O xuíz)



