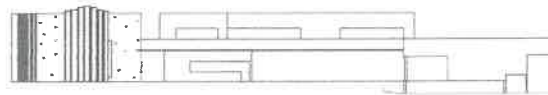




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 10 de febrero de 2025

Don/Doña Manuela Beatriz Rodríguez Moreiras, con DNI 34594407S y domicilio en Rúa de Frei Rosendo Salvado, 10, 5º F - Santiago de Compostela en su condición de esposa de JOSÉ VIZOSO FERNÁNDEZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:30 horas del día 10 de febrero de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de JOSÉ VIZOSO FERNÁNDEZ fallecido en Brión a las 10:30 horas del día 9 de febrero de 2025; 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.: Manuela Beatriz Rodríguez Moreiras
DNI: 34594407S

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
VIZOSO
FERNANDEZ
NOMBRE / NOME
JOSE
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
26 03 1950
NÚM. DOPORT
BMN141066 01 01 9999
VALIDEZ / VALIDEZ
664192

DNI 33812974F

[Signature]

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. BRION DE ARRIBA 10
BRION
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
MONDOÑEDO
LUGO

HUJOA DE / FILLOA DE
VENANCIO / JOSEFA

IDESPBMN141066033812974F<<<<<<<
5003268M9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
VIZOSO<FERNANDEZ<<JOSE<<<<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
RODRIGUEZ
MOREIRAS
NOMBRE / NOME
MANUELA BEATRIZ
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
10 05 1951
NÚM. DOPORT
BJA106829 26 03 2029
VALIDEZ / VALIDEZ
022272

DNI 34594407S

[Signature]

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. FREI ROSENDO SALVADO (DE) 0010 P05 F
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
PEARES
A PEROXA
OURENSE
HUJOA DE / FILLOA DE
ELOY / MANUELA

IDESPBJA106829834594407S<<<<<<<
5105106F2903264ESP<<<<<<<<<<<<8
RODRIGUEZ<MOREIRAS<<MANUELA<BE

OMC

ORGANIZACIÓN
NACIONAL DE ASESORES
DE JAPANACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS PROFESIONALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgc.com.es

QMIVXTALPM

A Coruña

Colegio de

Colegio de

105250683

Nº Certificado/Nº certificado

Id. electrónico/Id. electrónico

Sello/Carimbo

D./Dña

D. / Dña

Omar Alberto Delgado Recalde
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en
y con ejercicio profesional en

A Coruña

Bertomirans

, con el número
, co número

Colegio actual

Nº de colegiatura

15 15 11033

Nº de colegiatura

Nº de colegiatura

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

Jose

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

Vizoso

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fernandez

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día 26

Mes

Mes 03

Año

Año 1950

Sexo:

Sexo:

Varón X

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidad:X D.N.I.
D.N.I.Pasaporte
Pasaporte

Número:

Número:

33 812974-F

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

10 : 30

Día

Día 09

Mes

Mes 02

Año

Año 2025

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

Brien

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 páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) Parada Cardiorespiratoria

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Hipoxia Aguda

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) Tromboembolismo Pulmonar

Horas
Días
Meses
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas
Días
Meses
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 tráficoNo/Non
SI/SIAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
SI/SIFecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DíaMes
MesAño
AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

□□□□□

□

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

01

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen 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:/Incineración condicionada por:

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

En
En

Bertamirans

a 9
de

Febrero

de

2025

Firma del médico
Sinatura do médico

DR. JUAN PABLO SANCHEZ
N.º COL. 15411033

15/151033

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: 00 45 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 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 debido a 3 00 00 00 00
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 00

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 00 00 00 00 2
(c) Pielonefritis crónica debido a 00 00 00 00 2
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 00

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 00 00 00 00 5
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 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.

Ejemplo: Diabetes 00 00 00 00 10
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 00

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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dizer, 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 Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente a morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión 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: 00 45 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 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) Hemorraxia cerebral debido a 3 00 00 00 00
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 00

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 00 00 00 00 2
(c) Pielonefrite crónica debido a 00 00 00 00 2
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 00

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión 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 00 00 00 00 10
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 00

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes 00 00 00 00 5
Horas: 00 00 00 00
Días: 00 00 00 00
Meses: 00 00 00 00
Años: 00 00 00 00

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, sepáreas claramente por comas.



LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE BRIÓN
EXPEDIENTE NÚM.20250210/010065 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª JOSÉ VIZOSO FERNÁNDEZ con Documento Identificativo DNI y N° 33812974F, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 09 de FEBREIRO de 2025, as 10:30 horas, ocorrida en DOMICILIO;

CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas desde a do falecemento.

En Brión o 10 de FEBREIRO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
10/02/2025 11:20

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:4eHB-ZZC6-FV8y-ZCsW

