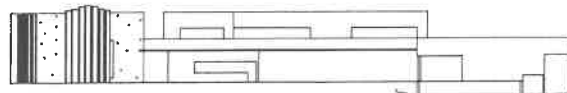




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 10 de febrero de 2025

Don/Doña María Carmen Chans Raimundez , con DNI 32370097N y domicilio en Braña, 45 - Erbecedo - Coristanco (A Coruña) en su condición de esposa de MANUEL GRANADOS GALVÁN,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 19:00 horas del día 11 de febrero de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MANUEL GRANADOS GALVÁN fallecido en A Coruña a las 15:43 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.

M^{te} del Carmen Chans

Fdo.: María Carmen Chans Raimundez
DNI: 32370097N

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

M^{ra} del Carmen Chomá



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

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDOC

GRANADOS

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDOC

GALVAN

NOMBRE / NOME

MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDAD

M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMIENT

06 03 1940

IDESP

AJA149852

VALIDO HASTA / VALIDO A.T.

01 01 9999

St. Francisco

DNÍ NÚM.
31996219E

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENT

MONTEMOLIN

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS

BADAJOS

HIJOS DE / FILLOS DE

FRANCISCO / NATALIA

DOMICILIO / DOMICILIO

LGAR. BRAÑA-ERBECEDO 45

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO

CORISTANCO

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS

A CORUÑA

GRUPO / GRUPO

15381A6DV

IDESPAJA149852831996219E<<<<<<<
4003065M9901018ESP<<<<<<<<<<<6
GRANADOS<GALVAN<<MANUEL<<<<<<<

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS

CHANS

RAIMUNDEZ

NOMBRE / NOME

MARIA CARMEN

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO

24 12 1946

170820

NUMERO / NUMERO

BML180828

VALIDEZ / VALIDEZ

01 01 9999

Modelo con firma

DNÍ 32370097N

997120

DOMICILIO / DOMICILIO

LGAR. BRAÑA 45

ERBECEDO

CORISTANCO

A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO

ENTRECRUCES

CARBALLO

A CORUÑA

HIJOS DE / FILLOS DE

RICARDO / MERCEDES

GRUPO / GRUPO
15181L6D1

IDESPBML180828532370097N<<<<<<<
4612241F9901018ESP<<<<<<<<<<<6
CHANS<RAIMUNDEZ<<MARIA<CARMEN<

OMC

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

105484411

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a1ª colegiación
1ª colegiación

D./Dña. CARILLA ESPINOSA MARTINEZ
 D./Dña. A. PEREZ, con el número 10513457
 en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A. PEREZ, co número A. PEREZ
 en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en A. PEREZ
 y con ejercicio profesional en A. PEREZ
 e con exercicio profesional en A. PEREZ

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANUEL
 Nome do falecido/a: MANUEL
 1º Apellido del fallecido/a: GUANADOS
 1º Apelido do falecido/a: GUANADOS
 2º Apellido del fallecido/a: VALVAN
 2º Apelido do falecido/a: VALVAN

Fecha de nacimiento 04 Día 04 Mes 03 Año 1940 Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
 Data de nacemento 04 Día 04 Mes 03 Ano 1940 Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 34996219-E
 Documento de identidad: ☐ D.N.I. Número: 34996219-E
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: 34996219-E
 Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: 34996219-E
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: —
 Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número: —

Hora y fecha de la defunción 10:40 Hora : minutos 04 Día 04 Mes 03 Año 2015
 Hora e data da defunción 10:40 Hora : minutos 04 Día 04 Mes 03 Ano 2015

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

Domicilio particular Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar
 Domicilio particular Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria Lugar de traballo 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) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

(c)

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) COLICISTITIS AGUDA

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas	Días	Meses	Años
Horas	Días	Meses	Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si No/Non ☒Sí/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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Si/Si Accidente laboral Si/Si

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

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?/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 A. PEREIRA, a 9 de febreiro de 2015 Firma del médico
En _____, a _____ de _____ de _____ Sinatura 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	Días	Meses	Años
	45		

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

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
			2

(c) Pielonefritis crónica debido a 2

Horas	Días	Meses	Años
			2

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

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

Otras recomendaciones

Horas	Días	Meses	Años
			1 0

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 da defunção se comece pela causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, e dicit, 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 á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido 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 dicit, 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	Días	Meses	Años
	45		

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

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
			2

(c) Pielonefrite crónica debido a 2

Horas	Días	Meses	Años
			2

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron 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 1 0

Horas	Días	Meses	Años
			1 0

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

Horas	Días	Meses	Años
			5

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.



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE CORISTANCO
EXPEDIENTE Nº 20250210/012025 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MANUEL GRANADOS GALVAN con Documento Identificativo DNI y Nº 31996219E, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 09 de FEBRERO de 2025, a las 15:43 horas, acaecida en CENTRO HOSPITALARIO-CHUAC-A CORUÑA;

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas desde el fallecimiento.

En Coristanco a 10 de FEBRERO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
10/02/2025 11:17

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:bNN3-vrVT-sVrF-5W7Q

ACTA DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA

D. Ramón Xosé Bello Sánchez, con DNI 79315850M y ejercicio profesional como tanatopractor en Pompas Fúnebres Sta. Marta SL. y con clave de registro profesional 12/19/00000754/SANP0108.

CERTIFICA que:

D. MANUEL GRANADOS GALVÁN

ha fallecido en el hospital CHUAC, el día 9 DE FEBRERO DE 2025, a las 15:43 horas según parte 105484411 firmado por Dra. CAMILA ESPINOSA MARTÍNEZ, colegiada número 151513459 sin enfermedad infecciosa.

2º que el día 10 DE FEBRERO DE 2025 a las 9:00 horas, se ha procedido a realizar la conservación transitoria con la siguiente técnica, administración de líquido conservante en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

Se hace constar, para lo que convenga.

En Carballo, a 10 DE febrero de 2025.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

