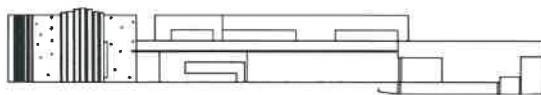




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 21 de abril de 2025

Don/Doña Araceli Fernández Moa, con DNI 55043744Y y domicilio en Pasaxe do Paseo Fluvial, 11 - P1 - Bertamiráns - Ames en su condición de hija de MARÍA GLORIA ESTHER MOA OGANDO,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 12:00 horas del día 21 de abril de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MARÍA GLORIA ESTHER MOA OGANDO fallecida en Ames a las 19:20 horas del día 20 de abril 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.: Araceli Fernández Moa
DNI: 55043744Y

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





NUM BOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BIK155872 01 01 9999

DNI 55043853T

Callorhynchus 835648

EQUIPO / EQUIPO
057711601

MAIOIA DE / FILLOIA DE
ISOLINA

IDESPBIK155872755043853T<<<<<
3907166F9901018ESP<<<<<<<<<<2
MOA<OGANDO<<MARIA<GLORIA<ESTHE

FALLECIDA



NUM SOPORT	VALIDEZ / VALIDEZ
BIB132357	25 09 2028

DNI 55043744Y

NUM SPORT	VALIDEZ / VALIDEZ
BIB132357	25 09 2028

403776

Equipe / Equipa
157711601

HIJOS DE / FILLOS DE
VICENTE / MARIA GLORIA

IDESPBI132357355043744Y<<<<<<
6203043F2809252ESP<<<<<<<<<6
FERNANDEZ<MOA<<ARACELI<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJA)

OMC

ORGANISMO NACIONAL
DE INVESTIGACIÓN
DE LA DEFUNCIÓN

COLEGIO DE MÉDICOS
DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105527278

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado Nº certificado

D.º Pablo CASTRO MARINO

D.º Día

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

con el número

co número

Colegio actual

Nº de colegiados

150905698

Nº de colegiados

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a

Nombre de fallecido/a

MARÍA GLORIA ESTHER

1º Apellido del fallecido/a

MORA

1er Apellido de fallecido/a

2º Apellido del fallecido/a

OBANDO

Fecha de nacimiento

Día 26

Mes 07

Año 1939

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacimiento

Día 26

Mes 07

Año 1939

Sexo:

Varón

Mujer

Documento

X DNI

Número:

55043853-T

de identidad

DNI

Número:

55043853-T

Documento

Pasaporte

Número:

55043853-T

de identidad

Pasaporte

Número:

55043853-T

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

55043853-T

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

55043853-T

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

19:20

Día 20

Mes 04

Año 2025

Hora e data de defunción

Hora : minutos

19:20

Día 20

Mes 04

Año 2025

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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 páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

AGUDA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) EMBOLIA PULMONAR

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c) EMBOLIA PULMONAR

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) EMBOLIA PULMONAR

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas

Días

Meses

Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

SI/ SI

No/ Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

SI/ SI

No/ Non X

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?

Accidente de tráfico

No/ Non X

Accidente laboral

No/ Non X

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BUD-0

000000

000000

12345

(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?/Posibilidade de incineración

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/Existencia de prótesis

En SANTIAGO, a 20 de ABRIL de 2025

Firma del médico
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 4 5 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 4 5 6 7 8 9 0
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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
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

Horas 1 0 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

Horas 1 0 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.

Mod. CMD-BED-G

□□□□□□

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se termine com a causa inicial ou fundamental, e em 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 às sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluintes, é dizer, há que expressar o período numa única unidade de tempo e tan só há que encher uma por processo e linha. Si houver que anotar mais dun processo numa linha, o tempo anotado deve corresponder ao primeiro processo informado (o mais importante).

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

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 dias

Horas 4 5 Días Meses Años

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patológico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senon a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a 3 4 5 6 7 8 9 0
Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias

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

Se o estado patológico 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
Horas Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciu a morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 1 0 Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas 1 0 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 ambigüedades.
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.

02

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20250421/006784 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada la defunción de **D^a. MARÍA GLORIA ESTHER MOA OGANDO**, con Documento Identificativo DNI núm. 55.043.853-T, y con último domicilio conocido en Rúa dos Cereixos nº3-Bajo A en Milladoiro-Ames (A Coruña)- España, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha del deceso el día 20 de Abril de 2025, a las 19:20 horas, ocurrida en su domicilio anteriormente indicado, en Ames (A Coruña):

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar el cadáver de la persona referida, una vez transcurran **doce horas** desde la hora de fallecimiento.

En Ames, a 21 de Abril de 2025.



