

OTROS CONCEPTOS

15/5

FALLECIDO: HANUEL LOSADA GONZALEZ SC-1

Fecha de fallecimiento 22. Abril. 2025

Domicilio H. Clínica - SANTIAGO

Teléfonos: 650.0082.75 (Lia) E-mail:

CONCEPTOS	Servicio pre
Arca modelo <u>C-O.</u> Medida <u>780</u>	
Capilla ardiente <u>Teodel</u> Sala Prep. <u>Si</u> Libro <u>NO</u>	<u>640 + 54</u>
Gestión funeraria <u>Si</u> ☐ Tramitación UUV	<u>173</u>
Carroza traslado <u>Hospital - TANATORIO</u>	<u>101</u>
<u>Hierros</u> Prensa <u>NO</u>	
Radio <u>NO</u>	
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>NO</u>	
Ómnibus acompañamiento <u>NO</u>	
Turismo <u>id. Recopa 1300</u>	<u>46</u>
Certificado médico <u>Si</u> Registro Civil: <u>SANTIAGO</u>	<u>3</u>
Carroza <u>NO</u> Personal <u>Si</u>	<u>12950</u>
Ayunt.º: Sepultura <u>CUSTODIA FAMILIAR</u>	
Iglesia <u>Capilla concepto</u>	<u>151</u>
Incineración <u>Si (Hierros 1930)</u> Urna: <u>Basica</u>	<u>351</u>
Presencia <u>Si</u> ☐ NO ☐ Destino	<u>9070</u>
Cantores <u>NO</u> Funeral: <u>Juan Ventura</u>	<u>160</u>
<u>Flóres</u> <u>Centro 18 Rosas Blancas - To FAMILIA</u>	<u>80</u>
<u>CENA CAJA</u>	
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	<u>3470</u> <u>7350</u>

id. de los padres

Naturaleza

Día, mes y año de nacimiento

Profesión

Estado

Domicilio

Fecha:

Domicilio

Cementerio

Cónyuge:

Nombre

LIBRO DE FAMILIA

DECLARANTE D.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña.

falleció en

años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposa/a

Hijos

Hijos políticos

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos

Bisnietos

Tíos

Sobrinos

Primos

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

A presente certificación literal expedíuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asento: 1745400693107

Data Inscrición Rexistro Electrónico de Seguridade: 23/04/2025 11:31

Código persoal do rexistro individual do inscrito: 3MTKWSQT400033234422C

DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-6) Nome: MANUEL (7-6) Primeiro apelido: LOSADA (7-6) Segundo apelido: GONZÁLEZ, (8-6-1) Fillo/a de MANUEL (8-6-2) e de MERCEDES, (3-4-1) Sexo: HOME (4-1) Estado: DIVORCIADO/A (6-1) Nacionalidade: ESPAÑA Tipo de documento de identidade: DNI e número de identificación: 33234422C.

(2-4-2) Nacido/a en: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA (9-7-1) Data: 12/07/1960

(2-1-2) Domicilio último: RUA OURENSE-SIGÜEIRO Nº. 3 Piso: 2º Porta: D (2-1-3-2) Lugar: OROSO (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

A inscrición practícase en virtude de: DECLARACIÓN realizada por JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ con Tipo de documento de identidade: DNI e número de identificación: 33200436M segundo consta no expediente nº 20250423/010327 do Rexistro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: 13:07 (9-9) Día: 22/04/2025 (2-6) Lugar: CENTRO HOSPITALARIO Poboación: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

O soterramento será en: INCINERACIÓN CREMATÓRIO COMPLEJO APÓSTOL, SANTIAGO DE COMPOSTELA, A CORUÑA, ESPAÑA

DATOS DO ASINANTE:

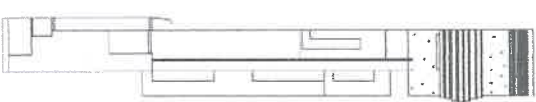
Nome e apelidos: EVA BERNARDEZ PEREIRAS

En calidade de: ENCARGADO/A

Data de sinatura: 23/04/2025 11:31

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítese o presente certificado literal do Rexistro Civil.





APÓSTOL

FUNERARIA I TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 22 de abril de 2025

Don/Doña Lía Losada Lamas, con DNI 45909798G y domicilio en Rúa Camiño Inglés, 6 - Esc. 1 - 4ºC - Sigüeiro - A Coruña en su condición de Hija de MANUEL LOSADA GONZÁLEZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 12:45 horas del día 23 de abril de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MANUEL LOSADA GONZÁLEZ fallecido en Santiago de Compostela a las 13:07 horas del día 22 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.: Lía Losada Lamas
DNI: 45909798G

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: RUA 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 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, RUA 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

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

SEXO / SEXO	F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	Esp
NACIMIENTO / NACIMENTO	20 06 1997
EMISION / EMISSÃO	27 05 2022
VALIDEZ / VALIDADE	27 05 2027
NÚM. SOPORTE	CCN136106

11A
NOMBER / NO
LANS
LOSADA
SODIEN

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

86260657

E

Equipo/Equipo
157711601



LUGAR DE NASCIMENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

MANUEL / MARIA DE LA ENCARNACION

00030
A CORUÑA

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. XUNCAL 12 P03 C
08050

DOMESTIC / DOMESTIC

3323422C INQ

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO 12 07 1960
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ 8LG193452 20 12 2029

APELLIDOS / APELLIDOS
 LOSADA
 GONZALEZ
 NOMBRE / NOME
 MANUEL
 SEXO / SEXO
 M
 NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
 ESP

APÉNDICES / APPENDICES

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA
KJOA DE / FILLON DE
MANUEL / MERCEDES

SIGUEIRO
OROSO
A CORUNA

DOMICILIO / DOMICILIO

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



ESPAÑA

[illegible]

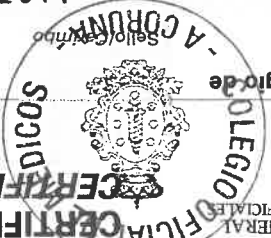
MANUEL / MERCEDES



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105707168

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio actual
Nº de colegiador/a
Nº de colegiación
1ª colegiación

D./Dña. **VARADU AMDO HERRANT,**
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en
y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **MANUEL**
1º Apellido del fallecido/a: **LOSADA**
2º Apellido del fallecido/a: **GONZALEZ**

Fecha de nacimiento
Día **12** Mes **07** Año **1960**
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐

Documento
D.N.I. ☒ N.I.E. ☐
Número: **33234422-C**
Documento
Pasaporte ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) ☐
Número: **33234422-C**

Hora y fecha de la defunción
Hora : minutos **13:07** Día **22** Mes **04** Año **2023**
En qué municipio ocurrió la defunción? **SANTO DE COMPOSTA**

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. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) **INSUFICIENCIA CARDIO-RESPIRATORIA**
Debido a/Debido a

(b) **CAUSAS INTERMEDIAS / Causas intermedias³**
Debido a/Debido a

(c) **CAUSA INICIAL O FUNDAMENTAL / Causa inicial ou fundamental⁴**
Debido a/Debido a

(d) **OTROS PROCESOS / Otros procesos⁵**
CARCILOMA PULMONAR

II. **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 ☐ Si/ Si!
☒ Accidente laboral ☐ No/Non
☐ Si/ Si!

Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Ano ☐
Continúa al reverso
Continúa ao reverso
01
(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucciones na página 2)

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Sí/Non ☒ No/Non ☐

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Sí/Non ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por./Incineración condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos

☐ Tratamiento con isótopos Radiactivos/Tratamento con isótopos radioactivos

☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En **SANTAGO**, a **22** 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 circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afectación y el momento de la defunción, de tal forma que no tiempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan sólo 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.

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas
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.

devido a
Horas
Días
Meses
Años

Exemplo: (a) Hemorragia cerebral

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

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

Exemplo: (b) Hipertensión arterial

devido a
Horas
Días
Meses
Años

(c) Pielonefritis crónica

devido a
Horas
Días
Meses
Años

Exemplo: (d) Adenoma prostático

(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.

Horas
Días
Meses
Años

3 Causas intermedias:

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

Horas
Días
Meses
Años

Exemplo: Diabetes

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, separarlas claramente por comas.

5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuádrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.



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

En Santiago de Compostela a 23 DE ABRIL DE 2025



