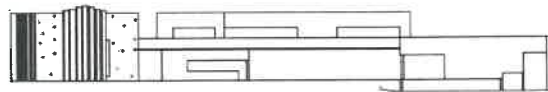




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 4 de junio de 2025

Don/Doña Leonor Primitiva Reboredo Rey, con DNI 76796688 X y domicilio en Rúa Rodelas, 32 - Maceira - Lalín (Pontevedra) en su condición de hermana de MARÍA MONTSERRAT REBOREDO REY,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 19:30 horas del día 5 de junio de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MARÍA MONTSERRAT REBOREDO REY fallecida en Santiago de Compostela a las 10:40 horas del día 4 de junio 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.: Leonor Primitiva Reboredo Rey
DNI: 76796688 X

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



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO
REBOREDO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
REY

NOMBRE PLENAL
MARIA MONTSERRAT

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
24 11 1956

IDEMP
ASI110872

VALIDEZ / VALIDEZ
05 06 2025

76801924W

Montse R



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO

LALIN

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS

PONTEVEDRA

NÚMERO DE / FOLIO DE

CANDIDO GUSTAVO / EDELMIRA

DOMICILIO / DOMICILIO

LGAR. RUA PASO DA CACHARELA 1 P02 C

LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO

LALIN

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA-PAIS

PONTEVEDRA

GRUPO / EQUIPO

36369L6D1

IDESPASI110872176801924W<<<<<<<<
5611241F2506056ESP<<<<<<<<<<<<<7
REBOREDO<REY<<MARIA<MONTSERRAT



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105614237

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

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

PONTEVEDRA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

MARIA MONTSERAT

1º Apellido del fallecido/a:

REBOREDO

2º Apellido del fallecido/a:

REY

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Ano

Sexo:

Varón

Muller

Documento de identidad:

☒ D.N.I.

Número:

76801924-W

Documento de identidad:

☐ Pasaporte

Número:

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

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Ano

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

SANTIAGO

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 instrucciones na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a) PROGRESION TUMORAL

Debido a/Debido a

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d) CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO

II. Otros procesos / Outros procesos

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

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

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

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/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?/Possibilidade de incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por/Incineração condicionada por:

☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapassos

☐ Tratamiento con isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos

☐ Existencia de prótesis/Existência de prótese

En
Em

Santiago

a

04

de

Junio

de

2013

Firma del médico
Assinatura 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 ☐ 45 ☐ 5 ☐ 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 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

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 anotará en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ 1 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ 1 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

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

☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 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

☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 0

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, apárralas 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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com causa inicial ou fundamental, é dizer, numa 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 directamente 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 afecção 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 así sucessivamente.

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

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

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 dias

☐ Horas ☐ 45 ☐ 5 ☐ Meses ☐ Anos

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patológico que produziu a morte directamente. Não se trata de indicar as modalidades de morte, senão a enfermidade, o traumatismo ou a complicação causante do falecimento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a ☐ 3 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existiera algum, que produziu a causa arriba indicada.

Se o estado patológico sinalado na linha (a) foi consequência dun ou mais estados morbosos, anotarase na linha (b) ou nas linhas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertension arterial

debido a ☐ 1 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ 1 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

4 Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduziram à morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o processo que levou à defunção. Em caso de acidente ou violência, farase unha breve descrição das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 5

5 Outros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuíron à morte, pero non relacionados com a enfermidade ou estado patológico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 1 0

Otras recomendaciones

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, apárralas 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 GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE LALÍN
EXPEDIENTE SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a
NADIA NONTERRAT REBOREDO REY
con Documento Identificativo DNI/NIE/PASAPORTE 76 801 974 X
según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día
04/06/2025 a las 10:40 horas, acaecida en SANTIAGO.
SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona
reseñada, una vez transcurra el plazo legalmente establecido.

En Lalín

Fecha:

04/06/2025

EL/LA ENCARGADA DE REGISTRO CIVIL



