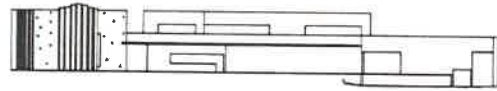




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 11 de septiembre de 2025

Don/Dña Juan Manuel Gómez Vieites, con DNI 76367504 Y y domicilio en Lugar Carballos, 3 - Oroso - A Coruña en su condición de hijo de JUAN GÓMEZ MOSQUERA,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 12 de septiembre de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de JUAN GÓMEZ MOSQUERA fallecido en Ames a las 07:00 horas del día 11 de septiembre 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.: Juan Manuel Gómez Vieites
DNI: 76367504 Y

ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.

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 esquela 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



ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL DNI, DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.



POMPAS FUNEBRES
SAN ISIDRO S.L.

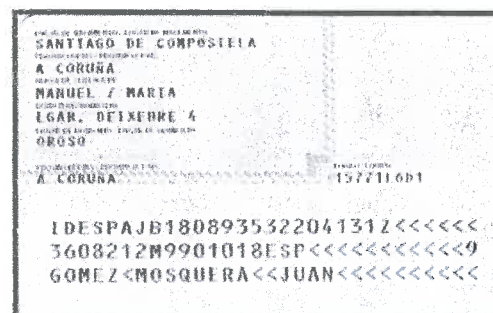
C.I.F: B 70 150 289

☎ 902 955 540 - 639 06 42 15

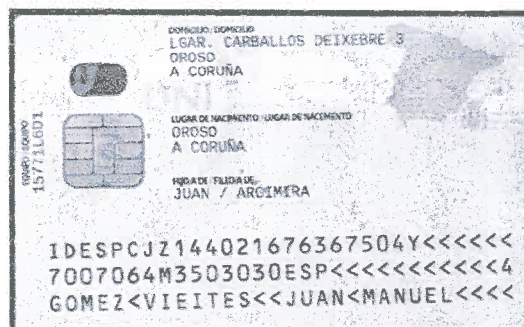
✉ administracion@funerariasanisidro.es

www.funerariasanisidro.es

FALLECIDO



SOLICITANTE / HIJO



Cía: Almudena Seguros / Ges

Falleció: Residencia de Mayores O Milladoiro

Día: 11/09/2025 - **Hora:** 7:00

Misa: Capilla del Tanatorio Ordes 17:00 Horas

Incineración: - Día 13/09/2025 **Destino:** Custodia Familiar

Hora:

Crematorio:



Colegio de

Colegio de

105714095

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

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

Eva María Rodríguez Castro, licenciada
Santap de Crustale con el número
Santap de Crustale co número

Colegio actual

Nº de colegiado/a

154618046

* colegiación
1ª inscripción

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JUAN

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

GOMEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

MOSQUERA

Fecha de nacimiento

Data de nascimento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

21

08

2935

2935

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

X

X

Documento
de identidad:

Documento
de identidade:

X

D.N.I.

D.N.I.

Pasaporte

Pasaporte

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

32204131-2

32204131-2

32204131-2

32204131-2

32204131-2

32204131-2

32204131-2

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

07:00

07:00

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

11

09

2025

2025

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

MILLADOIRO - AME

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a)

HIPOXIA CEREBRAL

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

PARADA CARDIACA
PARADA RESPIRATORIA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

(c)

FALLO MULTIORGÁNICO

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

NEOPLASIA VESICAL

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

INFECCIÓN COVID
SEPSIS URINARIA

Horas

Horas

Días

Días

Meses

Meses

Años

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

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Accidente de tráfico

Si/Si

Accidente laboral

Si/Si

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

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 com isótopos radioativos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En Sauha de a 11 de Septiembre de 2025
En Cruzeiro a de de de

Firma del médico
Sinatura do médico

84210099
DRA. CRISTINA RODRIGUES
CASTRO

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

4 5
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.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a 3
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 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2
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

5
Horas 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

Otras recomendaciones

1 0
Horas Días Meses Años

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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se termine com a causa inicial ou fundamental, e digir, numa ordem natural de arriba para a abaixo, respondendo as palavras "debido a" que facilitam a compreensão do conceito de sequência lógica, tan 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 a morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido 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 a sua vez inferior ou igual a I.(c) e así sucessivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, e digir, hai que expressar o período nunha única unidade de tempo e tan so hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar mais dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado (o mais importante).

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

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

4 5
Horas Días Meses Años

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico 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
Horas Días Meses Años

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2
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 descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

1 0
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Otras recomendaciones

5
Horas Días Meses Años

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, sepárelas 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.



LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE ORDES
EXPEDIENTE NÚM.20250912/013777 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª JUAN GÓMEZ MOSQUERA con Documento Identificativo DNI y Nº 32204131Z, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 11 de SETEMBRO de 2025, as 07:00 horas, ocorrida en RESIDENCIA DE MAIORES DE MILLADOIRO - AMES; CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para dar sepultura//cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas desde a do falecemento.

En Ordes o 12 de SETEMBRO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
12/09/2025 12:08

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:xRX&-&TAx-3uuU-WzqR

