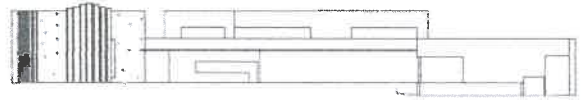




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 3 de diciembre de 2025

Don/Doña Alfredo Lorenzo Souto, con DNI 33221628Z y domicilio en Calle Novoa Santos, 26 - A Coruña en su condición de Hijo de JOSEFA SOUTO VIEITES,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 17:45 horas del día 4 de diciembre de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de JOSEFA SOUTO VIEITES fallecida en Santiago de Compostela a las 11:33 horas del día 3 de diciembre 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.: Alfredo Lorenzo Souto
DNI: 33221628Z

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

España

NOMBRE / NOME **JOSEFA**
 PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELLIDO **SOUTO**
 SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO **VIENTES**

33022251-R

EXPED. 31-01-2006 VAL PERMANENTE
 IDESP

Ministerio del Interior

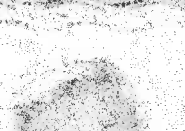
R.F.M.T.

NACIO EN NACEU EN	SANTIAGO DE COMPOSTELA	EL O	21-01-1927	SEXO SEXO	M-F
PROVINCIA PROVINCIA	A CORUÑA				
HUO / A DE FILO / A DE	MANUEL / CONSUELO				
DOMICILIO DOMICILIO	C. VOLTA CASTRO 69				
LOCALIDAD LOCALIDADE	SANTIAGO DE COMPOSTELA				
PROVINCIA PROVINCIA	A CORUÑA	EQUIPO EQUIPO	15771L6D1		

IDESP33022251R7<<<<<<<<<<<<<<<<<
2701219F9912315ESP<<<<<<<<<<<<<4
SOUTO<VIEITES<<JOSEFA<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



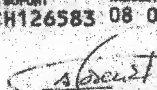
APELLIDOS / APELLIDOS
LORENZO
SOUTO

NOMBRE / NOME
ALFREDO

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
M **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
25 12 1954

NOM. BIOMÉTRICO **VALIDEZ / VALIDADE**
BCH126583 08 09 2026



053248

DNI 33221628Z

DOMICILIO / DOMICILIO
C. NOVOA SANTOS 26
A CORUÑA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15381A6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

NUC/A DE / FILLO/A DE
JESUS / JOSEFA

IDESPBC126583133221628Z<<<<<<
5412253M2609083ESP<<<<<<<<<<0
LORENZO<SOUTO<<ALFREDO<<<<<<<<

DECLARANTE (HIJO)



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105714692

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. MARIA MARINO VILLAR

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

812702

1ª colegiación
1ª colexiación

*15 28 81 2702

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

SOSEFA

1º Apellido del fallecido/a:

SOUTO

2º Apellido del fallecido/a:

VIEITES

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día 31

Mes 02

Año 2023

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día 31

Mes 02

Año 2023

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.

D.N.I.

Número:

33022251-R

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

11:33

Día 03

Mes 12

Año 2025

Hora e data da defunción

Hora : minutos

11:33

Día 03

Mes 12

Año 2025

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular

☒

Centro hospitalario

☐

Residencia socio-sanitaria

☐

Lugar de trabajo

☐

Otro lugar

☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) SEPSIS URINARIA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCIÓN URINARIA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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

Sí/Sí

No/Non

☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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/Sí

Accidente laboral

Sí/Sí

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☐ 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 3 de Diciembre de 2025
En _____, a _____ de _____ de _____

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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
(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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades e síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 de defunção se comece pela **causa imediata** e se remate coa causa **inicial ou fundamental**, é dizer, 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 defunción: "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 transcurrido 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 excluíntes, é dicir, 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐
Días Meses Anos

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 Anos

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
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2
Horas Días Meses Anos

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10
Horas Días Meses Anos

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar máiusculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL SANTIAGO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO S.L.
Ubicación del establecimiento: RUA BOISACA, 11 - SANTIAGO

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO	DNI: 44813362R
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado Nº 12/1700003550/SANP0108	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: JOSEFA SOUTO VIEITES			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/NIE/Pasaporte: 33022251R	Sexo: MUJER	Edad: 98	Fecha nacimiento: 21 DE ENERO DE 1927
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 3 DE DICIEMBRE DE 2025 A LAS 11:33 H. EN C/VOLTA DO CASTRO, 69 - SANTIAGO			
Causa fallecimiento: FALLO MULTIORGÁNICO – SEPSIS URINARIA – INFECCIÓN URINARIA			
Destino final: CREMACIÓN COMPLEJO APÓSTOL - SANTIAGO			

Siendo las 20:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

- ☐ Conservación transitoria:
- ☐ Refrigeración
- ☐ Congelación
- ☐ Otros (descripción)

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ Embalsamamiento:

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ Extracción de Marcapasos

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 3 de diciembre de 2025

El profesional que realiza la técnica
JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO

44813362-R

TANATOPRACTOR

12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa



José Domínguez Pérez
33200436M



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **04** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a JOSEFA SOUTO VIEITES que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33022251R según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **03** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 11:33 horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.



