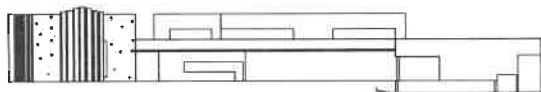




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 9 de febrero de 2026

Don/Doña Ramón Xosé Bello Sánchez, con DNI 79315850M y domicilio en Campo Longo, 1º D - Xaviña - Coristanco (A Coruña) en su condición de autorizado de CELSO VICENTE MATOS,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 10 de febrero de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de CELSO VICENTE MATOS fallecido en Cee a las 09:40 horas del día 9 de febrero de 2026; 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.

Firmado por ***1585** RAMON
XOSE BELLO (R: ****9600*)
el día 10/02/2026 con un
certificado emitido por AC
Representación

Fdo.: Ramón Xosé Bello Sánchez
DNI: 79315850M

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 lpd@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

Firmado por: ****1585** RAMON
JOSE BELLO (R: ****9600*)
el día 10/02/2026 con un
certificado emitido por AC
Representación

02459097E

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ES

02459097E

APellidos/APELLIDOS
VICENTE
MATOS
NOMBRE/NOME
CELSO
SEXO/SEXO
M
NACIONALIDAD/NACIONALIDADE
ESP
NACIMIENTO/NACIMENTO
30 05 1947
EMISION/EMISSION
15 09 2021
VALIDEZ/VALIDEZ
01 01 9999
CANT39555
674688
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

674688

DOMICILIO: DOCTOR
RUA. DOCTOR CARRACIDO 103 P02 D
VIGO
PONTEVEDRA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
A GUARDA
PONTEVEDRA

INDIA DE FELICIDADE
CELSO / ROSA

IDESPCAN139555702059097E<<<<<<<
4705303M9901018ESP<<<<<<<<<<<<4
VICENTE<MATOS<<CELSO<<<<<<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105987566

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. ANA PADIN TRIGO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con ejercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual
Colegio actual

Plaza número
Plaza número

181512725

1ª certificación
1ª certificación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

CELSO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

VICENTE

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

LAGOS

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 30

Mes 05

Año 1947

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón X

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

X D.N.I.
D.N.I.

Número:
Número:

02059097-E

Documento
de identidad:

Pasaporte
Pasaporte

Número:
Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:
Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

09:40

Día

Día

09

Mes

Mes

02

Año

Año

2020

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

CEE

Domicilio particular
Domicilio particular

Centro hospitalario
Centro hospitalario

X 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 instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INFECCIÓN RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ACIDOSIS RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
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

Accidente de tráfico

Si/Si

Accidente laboral

Si/Si

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

□□□□□

□

1 2 3 4 5

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instrucións na página 2)

101

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.

¿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 CEE, a 9 de FEBRERO de 2014

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

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

3 Causas intermedias:

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

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cumprimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a 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 transcurrido entre o começo de cada afecção e o momento da defunção, de tal forma que o 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, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que anotar 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

4 5
Horas Dias 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) Hemorragia cerebral debido a 3

3 Causas intermedias:

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

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

INSTRUCCIONES BÁSICAS DE CERTIFICACIÓN

1. Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.

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

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.

Si a efectos de la certificación se produjera una sola causa intermedia, se anotará en el apartado I.(b) y en el apartado I.(c) se anotará la causa inmediata.



S_EL

POMPAS FÚNEBRES SANTA MARTA SL

A Fundación Pública Galega para o Apoio ao Exercicio da Capacidade Xurídica (FUNGA)
Representante de Celso Vicente Matos DNI nº02059097E según sentenza dictada polo Xulgado
de Arzúa-1 Mixto

AUTORIZA:

A que realice todos aqueles trámites necesarios para proceder o sepelio e ou incineración de
Don Celso Vicente Matos

E para que así conste, se asina en Santiago de Compostela, a data de Sinatura dixital.

FUNGA

G-15586696

(Sinatura electrónica)

Asinado por: INGERTO LOPEZ, ELOINA
Cargo: Directora-Xerente
Data e hora: 09/02/2026 13:42:40

As copias en papel deste documento teñen a condición
de copia e serán verificables a través deste código.
CVE: JLFar700ci31 <https://sede.xunta.gal/cve>





LICENCIA DE INCINERACIÓN

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE CORISTANCO
EXPEDIENTE Nº 20260210/006638 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª CELSO VICENTE MATOS con Documento Identificativo DNI y Nº 02059097E, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 09 de FEBRERO de 2026, a las 09:40 horas, acaecida en HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA-CEE; SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas hábiles desde el fallecimiento.

En Coristanco a 10 de FEBRERO de 2026.



