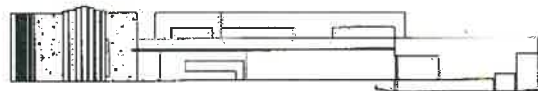




**APÓSTOL**  
FUNERARIA I TANATORIO



## SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 18 de febrero de 2026

Don/Doña Nerea Fraga Gil, con DNI 78812060F y domicilio en Rúa Río Dubra, 18 - Val do Dubra  
- A Coruña en su condición de nieta de PEDRO FRAGA VARELA,

### SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 19 de febrero de 2026, en  
CREMATARIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los  
restos mortales de PEDRO FRAGA VARELA fallecido en Val do Dubra a las 10:25 horas del día  
18 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.

Fdo.: Nerea Fraga Gil  
DNI: 78812060F

## 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.

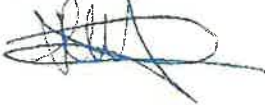
**PERIODOS DE CONSERVACIÓN.** Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la ejecución del presente contrato de prestación de servicios o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento 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 : PRIMO APELLIDO  
**FRAGA**  
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO  
**VARELA**  
NOMBRE / NOME  
**PEDRO**  
SEXO / SEXO NACIONALIDADE / NATIONALITE  
**M ESP**  
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO  
**12 12 1952**  
IDMGT  
**ACZ199698**  
VALIDO HASTA / VALIDO ATA  
**01 01 9999**

DNI NÚM.  
**33082462K**

*Pedro Fraga Varela*



LOCAL DE NASCIMENTO / LUGAR DE NASCIMENTO  
VAL DO DUBRA  
PROVINCIA / PROVINCIA PAIS  
A CORUNA  
PAIS DE NACIMENTO  
ESTEBAN / MARIA  
DOMICILIO / DOMICILIO  
LGAR. CORREDOIRA 60  
LOCAL DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO  
VAL DO DUBRA  
PROVINCIA / PROVINCIA PAIS  
A CORUNA  
157711601

IDESPACZ199698133082462K<<<<<<  
3212127M9901018ESP<<<<<<<<<<8  
FRAGA<VARELA<<PEDRO<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ES

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 78812060F

APELLIDOS / APELLIDOS  
FRAGA  
GIL

NOMBRE / NOME  
NEREA

SEXO / SEXO  
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE  
ESP

NACIMIENTO / NACIMENTUM  
11 05 1999

EMISION / EMISSION  
15 07 2025

VALIDEZ / VALIDADE  
15 07 2030

TITULO SOPORTE  
CKX166117

472320

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DOMICILIO / DOMICILI  
RUA. RIO DUBRA 18  
BEMBITRE  
VAL DO DUBRA  
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO  
VAL DO DUBRA  
A CORUÑA

FILIA DE / FILIJA DE  
JESUS / MARIA JOSEFA

IDESPCKX166117578812060F<<<<<<<  
9905119F3007158ESP<<<<<<<<<<<<9  
FRAGA<GIL<<NEREA<<<<<<<<<<<<<<

**SOLICITANTE**



OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

# CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105792516

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Garimbo

Colegio emisor  
Colegio receptor

Nº de colegiatura  
Nº de colegiatura

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

y con ejercicio profesional en

o con ejercicio profesional en

con el número

co número

colegiada

colegiada

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Mujer

Documento  
de identidad:

Documento  
de identidad:

Documento  
de identidad:

Documento  
de identidad:

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:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) SENSIBLE

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Años  
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b)

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Años  
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Años  
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) SENSIBLE

Horas  
Horas

Días  
Días

Meses  
Meses

Años  
Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

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

Accidente de tráfico

No/Non

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Si/Si

Fecha del mismo:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

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?/Possibilidade 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 radioactivos  
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

210927739  
DR. ERNESTO JOSÉ GONZÁLEZ  
25164-15/45134013

En LEMBIARE a 18 de FEBRERO de 2026  
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 este 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 1 0  
Horas Días Meses Años

#### 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, 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 cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** e se remate com a **causa inicial ou fundamental**, é dizer, numa orde natural de arriba para a abaixo, respondendo as palavras "debido a" que facilitan a compreensão do conceito de **secuencia lógica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

**Causa básica de defunção:** "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 transcorrido 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), a este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan so 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

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, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral debido a 3  
Horas Días Meses Años

#### 3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algun, que produciu 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 conduciron a morte. **Anótase unha única causa**, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático 1 0  
Horas Días Meses Años

#### 5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes 5  
Horas Días Meses Años

#### Otras recomendacións

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, sepáreas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado dehen considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



### **LICENCIA DE INCINERACIÓN**

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE VAL DO DUBRA  
EXPEDIENTE Nº 20260218/032553 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª PEDRO FRAGA VARELA con Documento Identificativo DNI y Nº 33082462K, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 18 de FEBRERO de 2026, a las 10:25 horas, acaecida en VAL DO DUBRA;

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas hábiles desde el fallecimiento.

En Val do Dubra a 18 de FEBRERO de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
19/02/2026 12:24

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
MARIA TERESA MUINELLO PAZ

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:SU4f-ZDjk-cMD8-wtR4

