

OTROS CONCEPTOS

402 Compañeros de Casa do teu pello José Manuel
 1802 Compañeros do teu pello José Manuel (Cultura o teu grupo)
 1800 (Vas 2): MANDATO KCHIP: Y. FAMILIA (Vas 2) (S. 580)

SEPULTURA N° 3124- BOISACA
 JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL, ESPOSA E FILLOS

FALLECIDO: JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL
 Fecha de fallecimiento 31- MARZO-2026
 Domicilio RESIDENCIA S. SION DEONS
 Teléfonos: 696741221 (José) E-mail:
 1200C anti-terrorista
 1200C anti-terrorista
 1200C anti-terrorista

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 2'90"		1034
Capilla ardiente CORREJO CERVANTES	Sala Prep. Si	Libro Si	8467 55 2895
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV		177
Carroza traslado	RESIDENCIA - CORREJO		109
Prensa	CORREJO N°2 (Héroes)		210
Radio	A la vez mates		11736
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO		
Ómnibus acompañamiento	NO Extracción municipal		7420
Turismo	Recoger 1130 en domicilio		46
Certificado médico	Registro Civil: TEO		3
Carroza	Personal NO LAADA		125 + 110 1320
Ayuntamiento: Sepultura	SEP. 3124. NO RESTOS		154
Iglesia	CAPILLA CORREJO		
Incineración	Urna:		
Presencia	☐ SI ☐ NO		
Cantores	Destino NO. FUNERAL: JUAN VENTURA		126780
Flora	CORONA ROSAS ROSAS: TU ESPOSA		161
	CORONA ROSAS ROSAS: TUS HIJOS E HIJA POLITICA		75
	CENTRO DE ROSAS ROSAS: TUS HIJOS Y NIETA POLITICA		3550 3550 1530

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL

Fecha de fallecimiento: 31- MARZO- 2026

Domicilio: RESIDENCIA S. SION DEONS

Teléfonos: 696741221 (José) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 2'90"	1034
Capilla ardiente CORREJO CERAMICAS	Sala Prep. Si Libro Si	8467 55 2895
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	RESIDENCIA - CORREJO	109
Prensa	CORREJO N°2 (Hidráulicas)	210
Radio	Alex mates	11736
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO Extracción municipal	7420
Turismo Nasctm Id.	Recoger 1130 en domicilio	46
Certificado médico Si	Registro Civil: TEO	3
Carroza	Personal NO LAADA	125 + 110 = 1320
Ayuntamiento: Sepultura	SEP. 3124 NO RESTOS	154
Iglesia	CAPILLA CORREJO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☒ NO Destino	
Cantores	NO. Funeral: JUAN VENTURA	XOO (126780)
Flora	1 CORONA ROSAS ROJAS: TU ESPOSA	161
	1 CORONA ROSAS BLANCAS: TUS HIJOS E HIJA POLITICA	75
	1 GENTIANAS ROSAS BLANCAS: TUS NIETOS Y NIETA POLITICA	
	(CENICHA CAJA)	
		3550 3550 = 7100

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

OTROS CONCEPTOS

40€ Compañeros de Casa do teu pello José Manuel

18€ Compañeros do teu pello José Manuel (Cultura o teu grupo)

12€ (Vas 2); MANDATO KCHIPY FAMILIA WEB

5580

SEPULTURA N° 3124- BOISACA

JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL, ESPOSA E FILLOS

OTROS CONCEPTOS

402 Compositores de Casa do teu pello José Manuel
 1802 Compositores do teu pello José Manuel (Cultura o teu grupo)
 1800 (Vas 2): MANDATO KCHIP: FAMUWA (S.580)

SEPULTURA N° 3124- BOISACA
 JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL, ESPOSA E FILLOS

FALLECIDO: JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL
 Fecha de fallecimiento 31- MARZO-2026
 Domicilio RESIDENCIA S. SION DEONS
 Teléfonos: 696741221 (José) E-mail:
 12006 antioqueño
 12006 antioqueño
 12006 antioqueño

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 2'90"	1034
Capilla ardiente CORREJO CERVANTES	Sala Prep. Si Libro Si	8467 55 2895
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	RESIDENCIA - CORREJO	109
Prensa	ORDENO N°2 (Héroles)	210
Radio	1 vez mates	11736
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO Extracción municipal	7420
Turismo	Recoger 1130 en domicilio	46
Certificado médico	Registro Civil: TEO	3
Carroza	Personal NO LAADA	125 + 110 1320
Ayuntamiento: Sepultura	SEP. 3124 NO RESTOS	154
Iglesia	CAPILLA CORREJO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	
Cantores	Destino NO. FUNERAL: JUAN VENTURA	126780
Flora	1 CORONA ROSAS ROSAS: TU ESPOSA	161
	1 CORONA ROSAS ROSAS: TUS HIJOS E HIJA POLITICA	75
	1 CORONA ROSAS ROSAS: TUS HIJOS E HIJA POLITICA	3550 3550 1530

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

OTROS CONCEPTOS

402 Compañeros de Casa do teu pello José Manuel
 1802 Compañeros do teu pello José Manuel (Cultura o teu grupo)
 1800 (Vas 2): MANDATO KCHIP: FAMUWA (S.580)

SEPULTURA N° 3124- BOISACA
 JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL, ESPOSA E FILLOS

FALLECIDO: JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL
 Fecha de fallecimiento 31- MARZO-2026
 Domicilio RESIDENCIA S. SION DEONS
 Teléfonos: 696741221 (José) E-mail:
 12006 antioqueño
 12006 antioqueño
 12006 antioqueño

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 2'90"	1034
Capilla ardiente CORREJO CERVANTES	Sala Prep. Si Libro Si	8467 55 2895
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUV	177
Carroza traslado	RESIDENCIA - CORREJO	109
Prensa	ORDENO N°2 (Héroles)	210
Radio	Alvarez mates	11736
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO Extracción municipal	7420
Turismo	Recoger 1130 en domicilio	46
Certificado médico	Registro Civil: TEO	3
Carroza	Personal NO LAADA	125 + 110 1320
Ayuntamiento: Sepultura	SEP. 3124 NO RESTOS	154
Iglesia	CAPILLA CORREJO	
Incineración	Urna:	
Presencia	☐ SI ☐ NO	
Cantores	Destino NO. FUNERAL: JUAN VENTURA	126780
Flora	Corona Rosas Rojas: Tu ESPOSA	161
	Corona Rosas Blancas: Tus Hijos E. HIJA POLITICA	75
	Centros de Rosas Blancas: Tus Nietos y NIETA POLITICA	3550 3550

☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre JOSÉ MANUEL LAPUENTE RIAL D.N.I. Nº 33.021.750-Y
id. de los padres JOSÉ / HERMINIA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 16 - ENERO - 1933
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RESIDENCIA SAN SIBÓN
COMPOSTELA, 44 - CACHEIRAS DE ONS - CACHEIRAS - TEO.
Fecha: 04:20 horas del día 31 de MARZO de 20 26.
Fallecimiento: Domicilio RESIDENCIA SAN SIBÓN DE ONS - CACHEIRAS - TEO.
Cementerio BOISACA. Ayunt.º SANTIAGO.
Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JOSÉ MANUEL LA FUENTE BARBA (Hijo) D.N.I. 33237306 Y
domiciliado en XULACASA, 16 - FIGUEIRAS - SANTIAGO

D/ña. EL SEÑOR JOSÉ MANUEL LAPUENTE RIAL (VECINO DE CUESTA DE SANTA ISABEL)
SANTIAGO.
falleció en _____ en el día de _____ a los 93 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa CARMEN BARBA FERNÁNDEZ
Hijos JOSÉ MANUEL Y ANA MARÍA LAPUENTE BARBA.

Hijos políticos MARÍA DOLORES GRILLE CORNÉS.

Padres /

Abuelos /

Padres políticos /

Hermanos HERMINIA LAPUENTE RIAL

Hermanos políticos (NO).

→ FERNANDO E MARÍA LAPUENTE GRILLE
NIETA POLÍTICA: PAULA SÁNCHEZ;

Nietos _____ Bisnietos NO. Tíos NO Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
LA FUENTE

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
RITA

NOMBRE Y APELLIDO
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDAD
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
16 01 1933

ISSP
ACC198714

VALIDO HASTA / VALIDO A TA
01 01 9999

42RB

La Fuente

DNI NÚM.
33021750X



IDESPACZ198714933021750Y<<<<<
3301166M9901018ESP<<<<<<<<<<3
LAFUENTE<RIAL<<JOSE<MANUEL<<<<

FALLECIDO

DOMICILIO DOMICILIO
LGAR. XULACASA FIGUEIRAS 16
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HUJIA DE FILIA DE
JOSE / CARMEN

IDESPCBN179705133237306Y<<<<<<
5808027M3201314ESP<<<<<<<<<<3
LAFUENTE<BARBA<<JOSE<MANUEL<<<

DECLARANTE



Colegio de

Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106055708

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. GEMINO GARCIA FRIEJEAN

D. / Dna.

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

A COMUNA

SANTOAGO

, con el número
, co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151599228

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSE MANUEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

LA FUENTE

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

RIAL

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 16

Mes 01

Año 1933

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33021750-X

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos 04:20

Día 31

Día 31

Mes 03

Mes 03

Año 2026

Año 2026

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

TFO

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) AMPLECCION RESPIRATORIA AGUDA

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DEMENCIA NO RESPECTADA

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿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
Accidente de tráficoNo/Non ☒
Sí/Si ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒
Sí/Si ☐Fecha del mismo:
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 TEO, a 31 de Mayo de 2026

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 30 00 00 00
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 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02
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

00 00 00 05
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

00 00 00 01
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y 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 excluyentes, é decir, 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 00 Días 45 Meses 00 Anos 00

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 30 00 00 00
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 00 00 00 02
Horas Días Meses Anos

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02
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

00 00 00 01
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

00 00 00 05
Horas Días Meses Anos

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
 - Evitar abreviaturas e/ou siglas.
 - Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
 - 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.



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 **31** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33021750Y** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **31 de MARZO DE 2026** a las **04:20** horas, acaecida en **TEO**.

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



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
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.
Ubicación del establecimiento: RÚA BOISACA, 11 – SANTIAGO DE COMPOSTELA

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: JOSÉ MANUEL RODRIGUEZ CASTELAO	DNI: 44813362R
Titulación: Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)	
Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: JOSÉ MANUEL LAFUENTE RIAL			Nacionalidad: ESPAÑOLA
Dni/Pasaporte: 33021750Y	Sexo: HOMBRE	Edad: 93	Fecha nacimiento: 16 DE ENERO DE 1933
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: 31 DE MARZO DE 2026 A LAS 04:20 H. EN RESIDENCIA SAN SIMÓN DE ONS - TEO			
Causa fallecimiento: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA – DEMENCIA NO ESPECIFICADA			
Destino final: CEMENTERIO MUNICIPAL DE BOISACA - SANTIAGO			

Siendo las 07:40 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 31 de marzo de 2026

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

Funeraria - Tanatorio
Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M

