

OTROS CONCEPTOS

422

FALLECIDO: CARLO NAHUEL VELAZQUEZ FRANCISCO

Fecha de fallecimiento 19-MARZO-2026

Domicilio H. clinico - STGO

Teléfonos: 636309114 / 6669235 E-mail: NAHUEL-VERONICA@GMAIL.COM

CONCEPTOS		Servicio pre
Arca modelo <u>BLANCA</u>	Medida <u>1'80</u>	
Capilla ardiente <u>TORAL</u>	Sala Prep. <u>NO</u>	
Gestión funeraria <u>SI</u>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <u>HOSPITAL - COMPLETO</u>		
Prensa <u>VIERNES 12:00</u>		
Radio <u>/</u>		
Recordatorios fúnebres / tarjetas <u>-</u>		
Ómnibus acompañamiento <u>-</u>		
Turismo <u>id</u>		
Certificado médico <u>SI</u>	Registro Civil: <u>STGO.</u>	
Carroza <u>Personal</u>		
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia <u>NO</u>		
Incineración <u>SI</u>	Urnas:	
Presencia <u>SI</u>	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores <u>-</u>	Funeral: <u>-</u>	
Flores <u>/</u>		
☒ Sudario ☒ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario		

FALLECIDO: id. de los padres FRANCY VERA LUNA Y JUAN CESAR

Naturalaleza URUGUAY - MONTENEGRINO Provincia —

Día, mes y año de nacimiento 11 - MARZO - 2003

Profesión TRAFICANTE DE DROGAS Estado SOLTERO Domicilio TRAVESIA DE BALCAIDES

Nº 38 - CALO - TEO

Fecha: 15.15 horas del día 19 de MARZO de 2026

Domicilio HEBERTA CALO - SAN CARLOS

Fallecimiento: Cementerio INCINERACION COMPLETO APOSTOL Ayunt.º STGO

Cónyuge: Nombre —

LIBRO DE FAMILIA Tomo —; Página — () D.N.I. —

DECLARANTE D. — domiciliado en —

L SEÑOR —

D/ña. —

falleció en — en el día de — a los — años

confortado con los Auxilios Espirituales —

Su esposa/a —

Hijos —

Hijos políticos —

Padres —

Abuelos —

Padres políticos —

Hermanos —

Hermanos políticos —

Nietos —

Bisnietos —

Tíos —

Sobrinos —

Primos —

Funerales —

en la iglesia de —

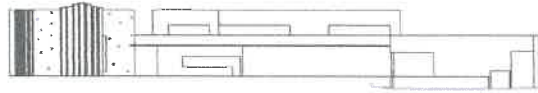
CASA MORTUORIA: —

(SI / NO) SE RECIBE DUELO —

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



APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 19 de marzo de 2026

Don/Doña Fanny Verónica Velázquez Viaño, con NIE X6843596S y domicilio en Travesía de Balcaide, 38 - Calo - Teo en su condición de madre de CAMILO NAHUEL VELÁZQUEZ FRANCISCO,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 12:00 horas del día 20 de marzo de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de CAMILO NAHUEL VELÁZQUEZ FRANCISCO fallecido en Santiago de Compostela a las 15:15 horas del día 19 de marzo 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.: Fanny Verónica Velázquez Viaño
NIE: X6843596S

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.

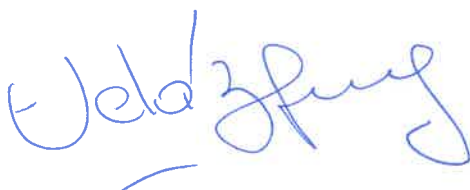
PERIODOS DE CONSERVACIÓN. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la ejecución del presente contrato de prestación de servicios o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento de 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



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

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

55346172F

APellidos / APELLIDOS
VELAZQUEZ
FRANCISCO

Nombre / NOME
CAMILO NAHUEL

Sexo / SEXO
M

Nacionalidad / NACIONALIDADE
ESP

Nacimiento / NACIMIENTO
11 03 2003

Emission / EMISION
18 06 2024

Validez / VALIDEZ
18 06 2029

Porte / PORTE
CIE133932

200704

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

Domicilio / DOMICILIO
TSIA. BALCAIDE 38
CALO
TEO
A CORUÑA

Lugar de nacimiento / LUGAR DE NACIMIENTO
MONTEVIDEO
URUGUAY

Padre / FELLOW DE
FANNY VERÓNICA / JULIO CESAR

1577116D1

IDESPCIE133932555346172F<<<<<<<
0303114M2906184ESP<<<<<<<<<<<<<2
VELAZQUEZ<FRANCISCO<<CAMILO<NA

FALLECIDO

ESP

88

PERMISO DE RESIDENCIA E28821452

Nombre / Nombres / SURNAMES / Forenames
VELAZQUEZ VIANO
Fanny Veronica

Sexo / SEX
F

Nacionalidad / NATIONALITY
URY

Fecha nac / BIRTH DATE
15 01 1976

Tipo de permiso / TYPE OF PERMIT
RESIDENCIA

Validez tarjeta / VALIDITY
14 07 2031

RESIDENCIA LARGA DURACION
AUTORIZA A TRABAJAR

Observaciones / REMARKS
NIE / PERSONAL NUMBER
NIE: X6843596S

485136

FECHA DE EMISION / LUGAR / DATE OF ISSUE / PLACE
14 07 2025 A CORUNA

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
MONTEVIDEO-URY

Domicilio / ADDRESS
TSIA DE BALCAIDE 38
TEO
A CORUÑA - ESP

IRESPE288214520X6843596S<<<<<<<
7601152F3507142URY<<<<<<<<<<<<<3
VELAZQUEZ<VIANO<<FANNY<VERONICA

SOLICITANTE (MADRE)

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105971909

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. TATIANA FERNÁNDEZ BARGE
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en SANTANDER (CANTABRIA), con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA)Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153907302

1ª colegiación
1ª colexiación

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 11

Mes 03

Año 2003

Sexo:

Varón ☒Mujer ☐

Sexo:

Varón ☒Muller ☐

Documento

de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

55396172-E

Documento

de identidad:

☐

Pasaporte

Número:

☐

Pasaporte

Número:

☐

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

15:15

Día 19

Día 19

Mes 03

Mes 03

Año 2026

Año 2026

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

SANTIAGO DE COMPOSTELADomicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro lugar ☐

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de traballo

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 aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA☐☐☐☐

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) INFECCIÓN RESPIRATORIA☐☐☐☐

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) LINFOMA EN PROGRESIÓN☐☐☐☐

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 ☒Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día ☐Mes ☐Año ☐

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de próteses

En SANTIAGO, a 19 de MARZO 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 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐ ☐☐
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

II

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

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 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 Defunción.

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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐ ☐☐
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 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
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 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 Años

II

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 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 **20** de **MARZO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **CAMILO NAHUEL VELÁZQUEZ FRANCISCO** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **55346172F** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **19 de MARZO DE 2026** a las **15:15** 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.



