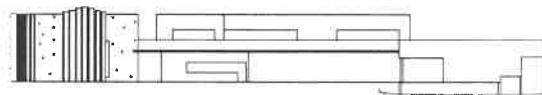




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 30 de abril de 2026

Don/Doña César Rafael Tarela Pérez, con DNI 76965303 N y domicilio en Lugar Magdalena, 5 - Lampón - Boiro (A Coruña) en su condición de sobrino de RAFAEL PIÑEIRO TRASBACH,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 16:00 horas del día 1 de mayo de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de RAFAEL PIÑEIRO TRASBACH fallecido en Cee a las 10:45 horas del día 30 de abril 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.

**TARELA PEREZ
CESAR RAFAEL
- 76965303N**

Firmado digitalmente por TARELA PEREZ
CESAR RAFAEL - 76965303N
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES,
serialNumber=IDCES-76965303N,
givenName=CESAR RAFAEL, sn=TARELA
PEREZ, cn=TARELA PEREZ CESAR RAFAEL -
76965303N
Fecha: 2026.04.30 19:52:07 +02'00'

Fdo.: César Rafael Tarela Pérez
DNI: 76965303 N

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

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

TARELA PEREZ
CESAR RAFAEL -
76965303N

Firmado digitalmente por TARELA PEREZ
CESAR RAFAEL - 76965303N
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES,
serialNumber=IDCES-76965303N,
givenName=CESAR RAFAEL, sn=TARELA
PEREZ, cn=TARELA PEREZ CESAR RAFAEL -
76965303N
Fecha: 2026.04.30 19:52:41 +02'00'

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PINEIRO
PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
TRASBACH
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
RAFAEL
NOMBRE / NOME
M **ESP**
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
23 04 1936
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
AKU133627
VALOR HASTA / VALOR ATÁ
01 01 9999
IDESP

DNI NÚM.
35383889E

Rafael Pineiro



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
BOIRO
PROVINCIA / PROVÍNCIA
A CORUÑA
NÚMERO DE / NÚMERO DE
RAFAEL / CELESTINA
SEGUNDO / SEGUNDO
LGAR. MAGDALENA-LAMPON 5
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
BOIRO
NÚMERO DE / NÚMERO DE
A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO
15771L60V

IDESPAKU133627435383889E<<<<<<<<
3604236M9901018ESP<<<<<<<<<<<<<3
PINEIRO<TRASBACH<<RAFAEL<<<<<<<<

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 76965303N

TARELA PEREZ
NOMBRE / NOME
CESAR RAFAEL
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
NACIMIENTO / NACIMENTO
24 10 1974
EMISION / EMISIÓN
17 03 2022
VALIDEZ / VALIDEZ
17 03 2032
NÚM. SOPORTE
CBU174679
048064
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. MAGDALENA 5
LAMPON
BOIRO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
BOIRO
A CORUÑA
NÚMERO DE / NÚMERO DE
IGNACIO / MARIA CARMEN
EQUIPO / EQUIPO
15721L601

**IDESPCBU174679176965303N<<<<<<<<
7410242M3203178ESP<<<<<<<<<<<<<0
TARELA<PEREZ<<CESAR<RAFAEL<<<<<<<<**

Sobrito

105954940

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

D/Dña. ANA PAON TRIGO
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en CEE, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiatura
Nº de colegiatura

151512725

1ª colegiatura
1ª colegiatura

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: RAFAEL
Nombre do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: PINERO
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: TRASBACH
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 23 Mes 04 Año 1936

Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 35383839-E
Documento de identidade: ☒ D.N.I. Número:

Documento de identidad: Pasaporte Número:
Documento de identidade: Pasaporte Número:
Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidade: N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 10:45 Día 30 Mes 04 Año 2026
Hora : minutos Día Mes Año

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

Domicilio particular Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo Otro lugar
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 aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b) ACIDIZACION DE ENFERMEDAD PULMONAR

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) INSUFICIENCIA CARDIACA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿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 Ano

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 radioativos

☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En CEE, a 30 de Abril de 2020

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 periodo 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: ▼ Horas Días Meses Años

(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

4 Causa inicial o fundamental: ▼ Horas Días Meses Años

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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

II 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

Otras recomendaciones Horas Días Meses Años

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 preenchimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com 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 a morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o começo de cada afecção e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I(a) deve ser inferior ou igual a I(b), e este a sua vez inferior ou igual ao I(c) e así sucessivamente.

Estas unidades são mutuamente excluyentes, é dizer, há que expressar o período numa única unidade de tempo e tão só há que encher uma por processo e linha. Se houver que anotar mais dun processo numa linha, o tempo anotado deve corresponder ao primeiro processo informado (o mais importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite até o número 99.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 dias

4 5
Horas Dias Meses Anos

2 Causa imediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patológico que produziu a morte directamente. Não se trata de indicar as modalidades da morte, sendo a enfermidade, o traumatismo ou a complicação causante do falecimento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral devido a 3

3 Causas intermedias: ▼ Horas Dias Meses Anos

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

Se o estado patológico sinalado na linha (a) foi consequência dum ou mais estados morbosos, anotarase na linha (b) ou nas linhas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertension arterial devido a 2

(c) Pielonefrite crónica devido a 2

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os hechos anteriormente mencionados que conduziram a morte. Anotarase uma única causa, a que fose desencadeante de todo o processo que levou a defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrição das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático 1 0

II Horas Dias Meses Anos

5 Outros procesos:

Outros estados patológicos significativos que contribuíron a morte, pero non relacionados cos enfermidade ou estado patológico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes 5

Otras recomendaciones Horas Dias Meses Anos

1. Entregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas a/ou siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.

4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárelas 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 da causalidade.



LICENZA DE INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE CORCUBION
EXPEDIENTE NÚM.20260501/001744 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/D^a RAFAEL PIÑEIRO TRASBACH con Documento Identificativo DNI y N^o 35383889E, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 30 de ABRIL de 2026, as 10:45 horas, ocurrida en CENTRO HOSPITALARIO CEE;
CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para incinerar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Corcubión o 01 de MAIO de 2026.



