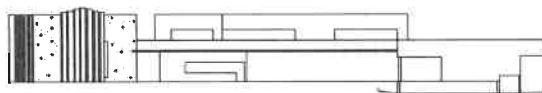




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 7 de abril de 2026

Don/Doña Ramón Xosé Bello Sánchez, con DNI 79315850M y domicilio en Campo Longo, 1D - Xaviña - Coristanco - A Coruña en su condición de autorizado de MARÍA MANUELA SANTAMARÍA SUÁREZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 16:00 horas del día 7 de abril de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MARÍA MANUELA SANTAMARÍA SUÁREZ fallecida en Vimianzo a las 09:50 horas del día 6 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.

Firmado por ***1585** RAMON XOSE
BELLO (R: ****9600*) el día
07/04/2026 con un certificado
emitido por AC Representación

Fdo.: Ramón Xosé Bello Sánchez
DNI: 79315850M

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 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.

Firmado por ****1585** RAMON ROSE BELLO (R: ****9600*) el día 07/04/2026 con un certificado emitido por AC Representación

FDO. Cliente

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APellidos / Apellidos
SANTAMARIA
SUAREZ
Nombre / Nome
MARIA MANUELA
Sexo / Sexo
F
Nacionalidad / Nacionalidade
ESP
Fecha de nacimiento / Data de nacemento
13 03 1936
NII / NII
BC0197455 01 01 9999

RV20450

DNI 76462518F

417792

Domicilio / Domicilio
RUA. MANUEL LUSTRES RIVAS 1 PO1 12
RIBEIRA
A CORUNA

Equipo / Equipo
1538TAGDV



Lugar de nacimiento / Lugar de nacemento
PORTO DO SON
A CORUNA

Nombre de / Pillosa de
RAMON / MARIA

IDESPBC0197455676462518F<<<<<<
3603136F9901018ESP<<<<<<<<<<<<2
SANTAMARIA<SUAREZ<<MARIA<MANUE

105986423

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

Elisa Eiroa Alonso

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional enA Coruña
Vimianzocon el número
co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

15 1504983

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARIA MANUELA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

SANTAMARIA

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

SUAREZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 13

Mes 03

Año 1936

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller X

Documento
de identidad:X D.N.I.
D.N.I.Número:
Número:

76462518-F

Documento
de identidad:Pasaporte
PasaporteNúmero:
Número:N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarjeta de Residencia)Número:
Número:Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunciónHora : minutos
Hora : minutos

09:50

Día 06

Mes 04

Año 2026

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

VIMIANZO

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria XLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIO RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

(c)

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) SENILIDAD

Debido a/Debido a

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵DETERIORO COGNITIVO
DIABETES TIPO 2Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/ Si

No/ Non X

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/ 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
Accidente de tráficoNo/ Non X
Sí/ SiAccidente laboral
Accidente laboralNo/ Non X
Sí/ SiFecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

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?/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 Venezuela, a 06 de Abril 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

I. Horas: 4, Días: 5, 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 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:

(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

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

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 cumprimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numha orde natural de arriba para a abaixo, respondendo ás palavras "debido a" que facilitan a compreensão do concepto de sequencia lóxica, 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 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 isto á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso a 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

I. Horas: 4, Días: 5, 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, sonón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral debido a 3

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a 2

(c) Pielonefrite crónica debido a 2

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 descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático 1 0

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete 5

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, sepárese 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.



LICENCIA DE INCINERACIÓN

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE CORISTANCO
EXPEDIENTE Nº 20260407/007199 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a MARIA MANUELA SANTAMARIA SUAREZ con Documento Identificativo DNI y Nº 76462518F, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 06 de ABRIL de 2026, a las 09:50 horas, acaecida en RESIDENCIA DOMUS VI DE VIMIANZO (A CORUÑA);

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

En Coristanco a 07 de ABRIL de 2026.



