APOSTOL
FUNERARIA | TANATORIO

SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 16 de julio de 2026

Don/Doña María Esther Soneira Fernández, con DNI 32805829D y domicilio en Rúa Fábrica, 60 - 2º C - Carballo en su condición de Hija de MANUEL SONEIRA LEIS,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 17 de julio de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MANUEL SONEIRA LEIS fallecido en Coristanco a las 20:41 horas del día 15 de julio 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.

Mª Esther

Fdo.: María Esther Soneira Fernández
DNI: 32805829D

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

Inscrita en el Registro Mercantil de La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja Nº C-21527, Inscripción 1ª

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

Mª Esther

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

ESP

REINO DE ESPAÑA

76301404P

DNI 76301404P

APELLIDOS/APELLIDOS
SONEIRA
LEIS

NOMBRE/NOMBRE
MANUEL

SEXO/SEXO M

NACIONALIDAD/NACIONALIDADE ESP

NACIMIENTO/NACIMIENTO 28 07 1947

EXPIRACIÓN/EXPIRACIÓN 02 06 2026

VALIDEZ/VALIDEZ 01 01 9999

NÚM.SOPORTE
CNB175228

541888

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO DOMICILIO
RUA. FABRICA 60 P02 C
CARBALLO
A CORUÑA

EQUIPO RIGURO
153814GDV

LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO
CORISTANCO
A CORUÑA

HIJO/A DE FILLO/A DE
JOSE . ELISA

IDESPCNB175228576301404P<<<<<<
4707282M9901018ESP<<<<<<<<<<<4
SONEIRA<LEIS<<MANUEL<<<<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS APELLIDOS
SONEIRA
FERNANDEZ

NOMBRE
MARIA ESTHER

SEXO NACIONALIDAD NACIONALIDAD
F ESP

FECHA NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
15 09 1970

N.º SOPORTE VALIDEZ / VALIDITY
BCR145737 17 11 2026

DNI 32805829D

Mª Esther 974400

DOMICILIO / DOMICILE
RUA. FABRICA 60 P02 C
CARBALLO
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPE
153816601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
CORISTANCO
A CORUÑA

NOMBRE DE PADRE / NOMBRE DE MADRE
MANUEL / OLIVA

IDESPBCR145737932805829D<<<<<<
7009150F2611170ESP<<<<<<<<<<<6
SONEIRA<FERNANDEZ<<MARIA<ESTHE

OMC — ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLLEGIS OFICIALES DE MEDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / Colexio de

Sello/Selo

Nº Certificado/Nº certificado: 105787220

D./Dña. Jaime Antonio Landy Hurzeno

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número 15151479

en Medicina e Cirurgía, colexiado/a en Coruña, co número

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: MANUEL

1º Apellido del fallecido/a: SOUTEIRA

2º Apellido del fallecido/a: LEIS

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 07 Año 1947

Sexo: Varón X Mujer

Documento de identidad: D.N.I. X Número: 76301404-P

Pasaporte Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: —

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos 20:41 Día 15 Mes 07 Año 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: Coruña

Domicilio particular X | 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 aproximado[1] / *Intervalo de tempo aproximado[1]*

1. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata[2]*

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA — Horas / Días / Meses / Años

Causas intermedias[3] / *Causas intermedias[3]* — Debido a / *Debido a*

(b) — Horas / Días / Meses / Años

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / Días / Meses / Años

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental[4]* — Debido a / *Debido a*

(d) INSUFICIENCIA CARDIACA — Horas / Días / Meses / Años

II. Otros procesos[5] / *Outros procesos[5]* — 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 tráfico* No/Non X Sí/Si

Accidente laboral / *Accidente laboral* No/Non X Sí/Si

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* Mes / *Mes* Año / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

¿Existen riesgos infecciosos?/ *Existen riesgos infecciosos?*

Si/*Si* [ ] No/*Non* [X]

Enfermedad infecciosa/ *Enfermedade infecciosa* _____

Grupo/ *Grupo* I [ ] II [ ] III [ ]

¿Posibilidad de incineración?/ *Posibilidade de incineración*

Si/*Si* [X] 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 Coballo, a 15 de Julio de 2016

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 1.(a) debe ser inferior o igual a 1.(b), y éste a su vez inferior o igual a 1.(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 más detalle, 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) Otros Estados Morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa anteriormente indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más otros 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, lo que haya sido [illegible] proceso que ha llevado a la defunción. En caso [illegible] breve descripción de las [illegible] — 5 (Horas / Días / Meses / Años)

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes — 1 0 (Horas / Días / Meses / Años)

Otras recomendaciones

1. Escribir en mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuese preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, separarlas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las tres líneas de contenidos previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola causa inmediata e se remate con causa inicial ou fundamental, e dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo as palabras "debido a" que facilitan a comprensión do concepto de secuencia lógica, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadeia de acontecimientos 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 defunción, de tal forma que o tempo anotado no apartado 1.(a) debe ser inferior ou igual a 1.(b), e este a sua vez inferior ou igual ao 1.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluentes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houbera que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado deve corresponder ao primeiro proceso informado (o máis importante).

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

Exemplo:

Para máis detalle, 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 falecimento.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ▼ — 3 (Horas / Días / Meses / Años)

3 *Causas intermedias*

(b) Otros Estados Morbosos, se existiso alguno, que produciron a causa anteriormente 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).

Exemplo: (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 [illegible] proceso que ha levado á defunción. En caso [illegible] breve descripción das [illegible] — 5 (Horas / Días / Meses / Años)

5 *Outros procesos:*

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, [illegible] relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabetes — 1 0 (Horas / Días / Meses / Años)

Outras recomendacións

1.Escribir en maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2.Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3.Certificar enfermidades e síndromes sin ambigüedades.
4.Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, separadas claramente por comas.
5.Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as catro liñas de contidos previstas para cada apartado deben considerarse como unha sola e non para establecer orde de causalidade.

LICENCIA DE INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE CARBALLO
EXPEDIENTE Nº 20260716/023572 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MANUEL SONEIRA LEIS con Documento Identificativo DNI y Nº 76301404P, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 15 de JULIO de 2026, a las 20:41 horas, acaecida en RUA FABRICA, Nº 60, 2ºC;
SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas hábiles desde el fallecimiento.

En Carballo a 16 de JULIO de 2026.