OTROS CONCEPTOS

efectivo recep

ENTRO (18 Rosas blancas): MARÍA Y SANTIAGO

SEPULTURA 2688.

TERESA IGLESIAS MÍGUEZ EN CENICERO.

SE RECOGE A ANTONIO BRAVO HERRERO Y SE DEPOSITA TAMBIÉN EN EL CENICERO.

SE ENTIERRA A MARÍA TERESA BRAVO IGLESIAS EN CUERPO DE ABAJO QUEDANDO LIBRE EL CUERPO

NO LUGO

FALLECIDO: MARÍA TERESA BRAVO IGLESIAS

Fecha de fallecimiento: 3 - JULIO - 2026

Domicilio: c/ HUERTAS, 14-2º - SANTIAGO

Teléfonos: ANA ISABEL 625.86.88.90 E-mail:

SANTA LUCÍA 33/146

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo: Redonda c.1 Medida:	838
Capilla ardiente: CERVANTES Sala Prep.: SI Libro: NO	896/36/2
Gestión funeraria: SI ☐ Tramitación UUVV:	199'60
Carroza traslado: ~~Domicilio~~ - TANATORIO	115
SÁBADO 10:00 Prensa: (NO)	
Radio: (NO)	
Recordatorios fúnebres / tarjetas: (NO)	
Ómnibus acompañamiento: ~~X~~ EXTRACCIÓN MARCAPASOS →	74'20
Turismo: id.: Recoger 9:30 en domicilio	No lo pasa Sta Lucía
Certificado médico: ~~SI~~ Registro Civil: ~~SANTIAGO~~	3
Carroza: Personal:	140/132'70
~~Ayunt.º~~: Sepultura: ~~X~~ BOISACA 2688. ~~PINELO~~	173
Iglesia: ~~CAPILLA~~ COMPLETO	154
Incineración: Urna:	
Presencian: ☐ SI ☐ NO Destino:	
Cantores: — Funeral: ~~JUAN VENTURA~~	~~60~~ (133110)
Flores: ~~CELI~~ CENTRO 18 ROSAS BLANCAS: TU FAMILIA (CENCIMA CAJA)	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	36'50 77'20

FALLECIDO:

Nombre MARÍA TERESA BRAVO IGLESIAS D.N.I. Nº 33019730 X

id. de los padres ANTONIO Y TERESA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 18 - ABRIL - 1929

Profesión Estado SOLTERA Domicilio c/ HUERTAS, 14 - 2º SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 11:00 horas del día 3 de JULIO de 2026

Domicilio c/ HUERTAS, 14 - 2º - SANTIAGO

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ANA ISABEL ALVITE BARREIRO (TUTORA) D.N.I. 34992272 A

domiciliado en c/ HUERTAS, 14 - 3º - SANTIAGO

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

Padres SU FAMILIA

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

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

España

33019730-X

NOMBRE / NOME
MARIA TERESA
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
BRAVO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
IGLESIAS

EXPED. 12-05-2005 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

NACIÓ EN / NACEU EN	SANTIAGO DE COMPOSTELA		
PROVINCIA / PROVINCIA	A CORUÑA	EL / O	18-04-1929
HIJO / A DE / FILLO / A DE	ANTONIO / TERESA	SEXO / SEXO	M-F
DOMICILIO / DOMICILIO	C. HUERTAS 14 2		
LOCALIDAD / LOCALIDADE	SANTIAGO DE COMPOSTELA		
PROVINCIA / PROVINCIA	A CORUÑA	EQUIPO / EQUIPO	15771L6[illegible]1

IDESP33019730X5<<<<<<<<<<<<<<<
2904180F9912315ESP<<<<<<<<<<<0
BRAVO<IGLESIAS<<MARIA<TERESA<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

34992272A

DNI 34992272A

APELLIDOS / APELIDOS
ALVITE
BARREIRO

NOMBRE / NOME
ANA ISABEL

SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
NACIMIENTO / NACEMENTO: 01 01 1972

EMISIÓN / EMISIÓN: 11 11 2022
VALIDEZ / VALIDEZ: 11 11 2032

NUM SOPORTE
CDU154990

977856

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. FLORIDA 80 P08 D
VIGO
PONTEVEDRA

EQUIPO / EQUIPO
36913L6D3

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
FRANKFURT
ALEMANIA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
DOMINGO / MARÍA DEL CARMEN

IDESPCDU154990934992272A<<<<<<
7201013F3211119ESP<<<<<<<<<<<6
ALVITE<BARREIRO<<ANA<ISABEL<<<

SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*

105938079

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* SERAFÍN - BARBOLLÉ

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* Coruña

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* CS GALERAS (SERGAS)

Colegio actual / *Colexio actual* 36 15 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 1224 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** MARIA FRAGA

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** PARVO

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** FALGUEIRAS

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 18 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1929

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33019730-X
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 11:00 — Día / *Día* 03 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 2026

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

Domicilio particular / *Domicilio particular* ☒ — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ☐ — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☐ — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro 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]

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

(a) PCR

FALLO MULTIORGÁNICO

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b)

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c)

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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 tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

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

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

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

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 / *En* Ourense, a / *a* 3 de / *de* junio / *de* 2026

Firma del médico / *Sinatura do médico* [signature]

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 ☐☐ Días 45 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3☐ 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐5

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 10

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dicir, 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 transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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 excluíntes, é dicir, 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 ☐☐ Días 45 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3☐ 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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 10

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras recomendacións

1. *Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.*
2. *Evitar abreviaturas e/ou siglas.*
3. *Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.*
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.

CONCELLO DE
SANTIAGO

SELLO MUNICIPAL 3 .100
22/-2'91 #000A0000 TOTAL5 .100
13:48

T I T U L O D E C O N C E S I O N

Da **SEPULTURA** nº **2688** ubicada no treito D, sección 3, fila 9, nº de orde 2, no cemiterio municipal de Boisaca a nome de Dna.Mª TERESA e Dna. MERCEDES BRAVO IGLESIAS.----------

Concedida por Decreto da Alcaldía con data 8 de febreiro de 1.991 coa facultade de usa-la sepultura cando sexa preciso, previa autorización da Alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 8 de febreiro de 1.991

O ALCALDE-PRESIDENTE O SECRETARIO XERAL

EXCMO. CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as diligencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don MARÍA TERESA BRAVO IGLESIAS
a defunción de don/a
ocurrida a las
ocorrida ás
11:00 **horas del día** 3
horas do día
de JULIO **de** 2026
de **de**
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento: —
do fallecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las veinticuatro horas siguientes a la del fallecimiento.
vintecatro horas do fallecemento
Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de

A 3 **de** JULIO
O **de**
de 2026
de

LA LDS
(~~El Juez~~)
(~~O xuíz~~)

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: **MARÍA TERESA BRAVO IGLESIAS**			Nacionalidad: **ESPAÑOLA**
Dni/Pasaporte: **33019730X**	Sexo: **HOMBRE**	**Edad: 97**	Fecha nacimiento: **18-04-1929**
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: **3 DE JULIO DE 2026 A LAS 11:00 H. EN C/ HUERTAS, 14 – 2º - SANTIAGO**			
Causa fallecimiento: **FALLO MULTIORGÁNICO – CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**			
Destino final: **CEMENTERIO DE BOISACA - SANTIAGO**			

Siendo las 12:30 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 3 de julio 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
15690 Santiago de Compostela
24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M