

III. OUTRAS DISPOSICIÓNS**SERVIZO GALEGO DE SAÚDE**

RESOLUCIÓN do 13 de abril de 2026 pola que se procede á apertura dun período de elección do provisor de asistencia sanitaria especializada na Área Sanitaria de Vigo.

O Servizo Galego de Saúde formalizou, con data do 11 de abril de 2025, un concerto coa entidade Hospital Povisa, S.A. para a prestación dos servizos de asistencia sanitaria especializada incluídos na súa carteira de servizos á poboación beneficiaria da Seguridade Social e protexida polo Servizo Galego de Saúde que libremente o elixa, asignada aos centros de saúde dos concellos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar e aqueloutros do Concello de Vigo que a Administración determine.

Na cláusula 1.2 do prego de prescricións técnicas particulares deste concerto establécese que a Xerencia do Servizo Galego de Saúde, mediante resolución, establecerá o procedemento e o prazo para que os beneficiarios da Seguridade Social que ten a obriga de protexer poidan elixir libremente o provisor de asistencia sanitaria especializada.

Co obxecto de facer efectiva a posibilidade de elección indicada, por medio desta resolución,

ACORDO:

Primeiro. Os beneficiarios da Seguridade Social dos centros de saúde dos concellos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar así como os dos centros de saúde de Coia, Bouzas, Coruxo, Navia, Pintor Colmeiro, Olimpia Valencia, Rosalía e Beiramar, estes últimos no concello de Vigo, poderán solicitar a inclusión no Complexo Hospitalario Universitario da Xerencia da Área Sanitaria de Vigo, ou ser asignados á área de Povisa, como provisosores de asistencia sanitaria especializada.

Segundo. A solicitude de cambio de provisor de asistencia sanitaria especializada efectuaráa a persoa interesada (solicitante) ou mediante un/unha titor/a legal, quen achegará a seguinte documentación:

a) Solicitude do acordo cos modelos que estarán dispoñibles na páxina web do Servizo Galego de Saúde (www.sergas.es).



b) Documento acreditativo da identidade da persoa solicitante: DNI, pasaporte ou documento de identidade do seu país.

c) Para as persoas estranxeiras: documento acreditativo da súa residencia legal en España: tarxeta de identidade de estranxeiro (TIE), pasaporte ou visado.

Os documentos deberán ser presentados no momento de formular a solicitude

No caso de presentar a solicitude un/unha titor/a ou persoa autorizada:

– Fotocopia do DNI, TIE ou pasaporte do/a representante.

– Documento acreditativo da titoría legal ou, de ser o caso, orixinal da autorización específica do interesado/a.

A solicitude presentarase no centro de saúde que por razón de residencia lle corresponda á persoa interesada, ou nos servizos de admisión de calquera dos centros hospitalarios integrados na Área Sanitaria de Vigo.

Se a documentación presentada non está completa ou ten algún defecto, requirirase a persoa interesada para que, nun prazo de dez días, emende a falta coa indicación de que, se así non o fixer, se considerará que desiste da súa petición.

Terceiro. Tamén será posible efectuar a opción de cambio a través da internet, nas condicións que se explicitan na páxina web do Servizo Galego de Saúde (www.sergas.es).

Cuarto. Non será posible tramitar a opción de cambio nos seguintes supostos:

a) Mentres a persoa usuaria estea hospitalizada nun ou noutro hospital, ou ben cando iniciase un tratamento de radioterapia e/ou quimioterapia.

b) Cando as solicitudes recibidas excedan o límite máximo de persoas usuarias que Povisa pode ter asignadas segundo o concerto.

Quinto. O período para que os beneficiarios da Seguridade Social indicados no acordo primeiro desta resolución exerzan o seu dereito a elixir libremente o provisor de asistencia sanitaria especializada será o comprendido nos 30 días naturais contados a partir do día seguinte ao da publicación desta resolución no *Diario Oficial de Galicia*.



Sexto. As solicitudes de cambio para un ou outro hospital entenderanse estimadas se se cumpren as condicións referidas nesta resolución, e a data de cambio será a que corresponda á súa mecanización efectiva na Unidade de Tarxeta Sanitaria. Os usuarios poderanse informar deste aspecto na área administrativa do seu centro de saúde.

As solicitudes desestimadas comunicaranse sempre mediante un escrito en que conste o motivo da desestimación.

Sétimo. Esta resolución publicarase no *Diario Oficial de Galicia*.

Santiago de Compostela, 13 de abril de 2026

José Ramón Parada Jorgal
Xerente do Servizo Galego de Saúde



MODELO DE SOLICITUDE I
(Designación do Complexo Hospitalario Universitario da Xerencia da Área Sanitaria de Vigo como centro provisor de asistencia sanitaria especializada)

DATOS DO SOLICITANTE

| | | | |
|--------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| CIP | <input type="text"/> | | |
| APELIDOS E NOME | <input type="text"/> | | |
| NÚM. de NIF/TIE | <input type="text"/> | NÚM. de PASAPORTE | <input type="text"/> |
| | | CENTRO DE SAÚDE | <input type="text"/> |
| CÓDIGO SNS | <input type="text"/> | | |
| DATA DE NACEMENTO | <input type="text"/> | | |
| ENDEREZO | <input type="text"/> | | |
| CONCELLO | <input type="text"/> | PARROQUIA | <input type="text"/> |
| LUGAR | <input type="text"/> | C. POSTAL | <input type="text"/> |
| TELÉFONO | <input type="text"/> | TELÉFONO MÓBIL | <input type="text"/> |
| CORREO ELECTRÓNICO | <input type="text"/> | | |

DATOS DO REPRESENTANTE

| | | | |
|------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| APELIDOS E NOME | <input type="text"/> | | |
| NÚM. de NIF/ NIE | <input type="text"/> | NÚM. de PASAPORTE | <input type="text"/> |

TIPO DE REPRESENTACIÓN
 REPRESENTANTE LEGAL GARDADOR DE FEITO REPRESENTANTE

Por medio deste documento solicítase ser asignado ao Complexo Hospitalario Universitario da Xerencia da Área Sanitaria de Vigo como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.

Isto leva implícita a permanencia nesta asignación ata a apertura do seguinte período anual para o seu exercicio.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude,
- Que autorizo a que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, entre eles o acceso aos datos do DNI por medios dixitais, necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes,
- Que actualmente non estou ingresado/a en ningún centro hospitalario nin comecei ningún tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia,

Localidade e data

.....de.....de.....

Asinado

(Nome e apelidos)

 En calidade de: SOLICITANTE REPRESENTANTE

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL:

Informámolo/a de que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nos ficheiros inscritos no Rexistro Xeral de Protección de Datos baixo a responsabilidade da Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde, cuxa finalidade e destinatarios se corresponden coa xestión destes; todo isto de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro. O/A asinante autoriza o tratamento dos seus datos.

O/A asinante autoriza a cesión dos datos de carácter persoal facilitados a terceiros ou aos encargados do tratamento que autorice a Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde, que se obrigarán a dedicalos en exclusiva á finalidade coa que foron creados os ficheiros de datos.

CONDICIÓN DE USO DO PROGRAMA DE COMUNICACIÓN COA CIDADANÍA:

Vostede participa de xeito voluntario no programa de comunicación telemática.

Este servizo só estará dispoñible para os/as usuarios/as que acheguen a súa información de contacto.

No momento de entregar desta solicitude deberá identificarse amosando o seu DNI.

No caso de solicitar información sobre persoas que represente legalmente, deberá acreditar este feito de maneira documental.

Autoriza expresamente a que a Consellería de Sanidade lle realice notificacións a través dos números de teléfono (fixo e móbil) e da conta de correo electrónico facilitados.

A recepción de mensaxes SMS será gratuíta para o/a paciente.

A recepción errónea de avisos, ou a súa non recepción ou lectura, carecerá de efectos xurídicos nos respectivos procedementos. A Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde non se fai responsable das consecuencias xurídicas derivadas da non recepción ou da recepción incorrecta destas mensaxes.



MODELO DE SOLICITUDE II
(Designación de Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada)

DATOS DO SOLICITANTE

| | | | |
|--------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| CIP | <input type="text"/> | | |
| APELIDOS E NOME | <input type="text"/> | | |
| NÚM. de NIF/TIE | <input type="text"/> | NÚM. de PASAPORTE | <input type="text"/> |
| | | CENTRO DE SAÚDE | <input type="text"/> |
| CÓDIGO SNS | <input type="text"/> | | |
| DATA DE NACEMENTO | <input type="text"/> | | |
| ENDEREZO | <input type="text"/> | | |
| CONCELLO | <input type="text"/> | PARROQUIA | <input type="text"/> |
| LUGAR | <input type="text"/> | C. POSTAL | <input type="text"/> |
| TELÉFONO | <input type="text"/> | TELÉFONO MÓBIL | <input type="text"/> |
| CORREO ELECTRÓNICO | <input type="text"/> | | |

DATOS DO REPRESENTANTE

| | | | |
|------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| APELIDOS E NOME | <input type="text"/> | | |
| NÚM. de NIF/ NIE | <input type="text"/> | NÚM. de PASAPORTE | <input type="text"/> |

TIPO DE REPRESENTACIÓN
 REPRESENTANTE LEGAL GARDADOR DE FEITO REPRESENTANTE

Por medio deste documento solicítase ser asignado a Povisa como centro provisor de asistencia sanitaria especializada.

Isto leva implícita a permanencia nesta asignación ata a apertura do seguinte período anual para o seu exercicio.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude,
- Que autorizo que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, entre eles o acceso aos datos do DNI por medios dixitais, necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes,
- Que actualmente non estou ingresado/a en ningún centro hospitalario nin comecei ningún tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia,

Localidade e data

.....de.....de.....

Asinado

(Nome e apelidos)

En calidade de: SOLICITANTE REPRESENTANTE

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL:

Informámolo/a de que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nos ficheiros inscritos no Rexistro Xeral de Protección de Datos baixo a responsabilidade da Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde, cuxa finalidade e destinatarios se corresponden coa xestión destes; todo isto de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro. O/A asinante autoriza o tratamento dos seus datos.

O/A asinante autoriza a cesión dos datos de carácter persoal facilitados a terceiros ou aos encargados do tratamento que autorice a Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde, que se obrigarán a dedicalos en exclusiva á finalidade coa que foron creados os ficheiros de datos.

CONDICIÓN DE USO DO PROGRAMA DE COMUNICACIÓN COA CIDADANÍA:

Vostede participa de xeito voluntario no programa de comunicación telemática. Este servizo só estará dispoñible para os/as usuarios/as que acheguen a súa información de contacto. No momento de entregar desta solicitude deberá identificarse amosando o seu DNI. No caso de solicitar información sobre persoas que represente legalmente, deberá acreditar este feito de maneira documental. Autoriza expresamente a que a Consellería de Sanidade lle realice notificacións a través dos números de teléfono (fixo e móbil) e da conta de correo electrónico facilitados. A recepción de mensaxes SMS será gratuíta para o/a paciente. A recepción errónea de avisos, ou a súa non recepción ou lectura, carecerá de efectos xurídicos nos respectivos procedementos. A Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde non se fai responsable das consecuencias xurídicas derivadas da non recepción ou da recepción incorrecta destas mensaxes.

CVE-DOG: pdo2xcv6-eol3-ryy0-5ac6-nvs4mzto08b4

