

PRESTACIÓN INCAPACIDAD PERMANENTE

EXPEDIENTE N° [REDACTED]

FECHA 09-04-2021

Reunido el Equipo de Valoración de Incapacidades de esta Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, visto en el informe del expediente del trabajador:

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos [REDACTED]		
Fecha de nacimiento [REDACTED]	DNI/NIE [REDACTED]	NASS [REDACTED]

DATOS LABORALES

Nombre/Razón Social de la Empresa TRAB. AUTONOMOS	
Profesión del trabajador AGENTE DE SEGUROS	
Régimen TRAB. AUTONOMOS	Contingencia ENFERMEDAD COMUN
Alta o asimilada SI	Fecha baja incapacidad temporal [REDACTED]

Determinado el siguiente cuadro residual:

 ARTROSIS BILATERAL DE CADERAS TRATADAS CON PTC BILATERAL. DESGARRO MENISCAL EXTERNO RD.
 ARTROSIS DE RD.

Y las limitaciones orgánicas y funcionales siguientes:

LIMITACIÓN DE MOVILIDAD DE CADERA DERECHA. LIMITADA EN EXTENSION (0°), MARCHA CON DIFICULTAD CON UN BASTÓN. LIMITACIÓN CON DOLOR DE RODILLA DERECHA.

Y analizadas las secuelas descritas y las tareas realizables por el titular, este Equipo de Valoración de Incapacidades, propone a la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social:

La calificación del trabajador como incapacitado permanente, en grado de TOTAL

Se podrá instar la revisión por agravación o mejora a partir de 9-4-2023, en tanto no haya cumplido la edad mínima establecida para acceder al derecho a la pensión de jubilación.


REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Id. CEA:	Fecha:	Código CEA:	Página:
[REDACTED]	10/05/2021	[REDACTED]	2