

ANEXO II DA INSTRUÇÃO NORMATIVA SME Nº 19, DE 14 DE MARÇO DE 2025

Registro das Atividades dos Profissionais em Readaptação Funcional – RAPRE

Identificação do profissional:

Nome completo:	
RF:	Cargo/Função:
Unidade de Lotação/Exercício:	

Grupos de atividades, que serão exercidas quando se tratar de professor na Unidade Educacional:

- Funções docentes
- Apoio à Equipe Gestora
- Atividades de Secretaria Escolar e Inspetoria

Descrição das atividades diárias que serão realizadas:

Adequações realizadas para o exercício das atividades pelo profissional:

Não Sim. Quais:

Assinatura da Chefia Imediata: _____

Data: ____/____/____

Manifestação do profissional em readaptação funcional:

- Estou de acordo as informações acima
- Não estou de acordo e irei encaminhar Requerimento de Avaliação de Atividades - RA

Assinatura do profissional: _____

Data: ____/____/____