



FORMULÁRIO DE CONTROLE – SISTEMAS DE PONTOS
CICLO JANEIRO – JUNHO 2024
PROGRAMA INTEGRATIVO VOCÊ É CAPAZ

Servidor (a): _____

Matrícula: _____ Setor: _____

1. Atividade Física

Participação na Ginástica Laboral (40)
Comprovar atividade física ou de saúde (10/20)
Matrícula em academia (10)
Práticas Integrativas Complementares (10)

Servidor (a)

CODP

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Medidas Corporais

Redução de peso + 2 k (20)
Ganho de massa magra +1 k (20)
Índice de relação Cintura Quadril RCQ < 0,9 (Homens) (20):
Índice de relação Cintura Quadril RCQ < 0,8 (Mulheres) (20):
Relação Circunferência Abdominal < 102 (Homens) (20)
Relação Circunferência Abdominal < 88 (Mulheres) (20)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Exames médicos específicos

Avaliação de próstata (50)
Avaliação de mama (50)
Preventivo (20)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Outros Exames

1 a 5 exames (20)
5 a 10 exames (30)
+ de 10 exames (40)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Saúde Bucal (20)

_____	_____
-------	-------

6. Avaliações gerais

Avaliação nutricional (20)
Consulta psicológica (20)
Consulta oftalmológica (20)
Avaliação com outros Profissionais de Saúde (20)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. Vacina (20)

_____	_____
-------	-------

8. Doação de Sangue (50)

_____	_____
-------	-------

9. Eventos de Cultura e Lazer:

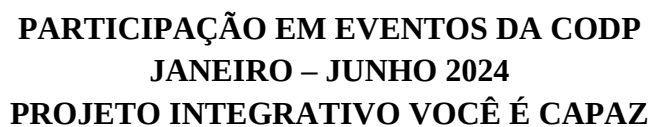
Teatro/Cinema (10)
Museu/Bosque/Parques Ecológicos (10)
Praia/Balneário/Igarapé (10)
Pontos Turísticos (10)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

10. Doação para Instituição de caridade (30)

_____	_____
-------	-------

Ciência do Regulamento do Programa Integrativo Você é Capaz _____



	Eventos	Data	Pts	Assinatura – CODP
1		/ /		
2		/ /		
3		/ /		
4		/ /		
5		/ /		
6		/ /		
7		/ /		
8		/ /		
9		/ /		
10		/ /		
11		/ /		
12		/ /		
TOTAL DE PONTOS				

[illegible]