

RELAÇÃO MENSAL DE CRIANÇAS ATENDIDAS

Visitador(a): _____ Monitor(a)/Supervisor(a): _____ Bairro/Território: _____ Mês/Ano: _____

NOME COMPLETO DA CRIANÇA	Nº NO SISPIM	TELEFONE	PARTICIPA DO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ?	DATA	REALIZADO?	FORMA DO ATENDIMENTO*	TEMA	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU JUSTIFICATIVA, CASO NÃO REALIZADO
			Sim () Não ()		() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
			Sim () Não ()		() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
			Sim () Não ()		() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		
					() Sim () Não	() Visita presencial () Visita remota () Grupo presencial () Grupo remoto		

Tema: descrever o tema trabalhado no atendimento. Em caso de atendimento não realizado, informar a justificativa.