

RELATÓRIO MENSAL

NOME: _____

DATA DE CRIAÇÃO:: _____

PARA O MÊS DE: _____

NOME DO PROJETO: _____

CHECKLIST MENSAL:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. O escopo do projeto mudou desde o último relatório? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Você prevê que algum prazo será perdido? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Há alguma questão que você gostaria de chamar a atenção da administração? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Sua equipe possui os recursos necessários para concluir o projeto? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

FINALIZADO

EM ANDAMENTO

ATRIBUÍDO / NÃO INICIADO