

COMANDO DA AERONÁUTICA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E PREVENÇÃO DE
ACIDENTES AERONÁUTICOS



RELATÓRIO FINAL
A - Nº 082/CENIPA/2011

<u>OCORRÊNCIA:</u>	ACIDENTE
<u>AERONAVE:</u>	PT-AKS
<u>MODELO:</u>	C-210H
<u>DATA:</u>	26 MAR 2010



ADVERTÊNCIA

Conforme a Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, Artigo 86, compete ao Sistema de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos – SIPAER – planejar, orientar, coordenar, controlar e executar as atividades de investigação e de prevenção de acidentes aeronáuticos.

A elaboração deste Relatório Final foi conduzida com base em fatores contribuintes e hipóteses levantadas, sendo um documento técnico que reflete o resultado obtido pelo SIPAER em relação às circunstâncias que contribuíram ou podem ter contribuído para desencadear esta ocorrência.

Não é foco do mesmo quantificar o grau de contribuição dos fatores contribuintes, incluindo as variáveis que condicionaram o desempenho humano, sejam elas individuais, psicossociais ou organizacionais, e que interagiram, propiciando o cenário favorável ao acidente.

O objetivo exclusivo deste trabalho é recomendar o estudo e o estabelecimento de providências de caráter preventivo, cuja decisão quanto à pertinência a acatá-las será de responsabilidade exclusiva do Presidente, Diretor, Chefe ou o que corresponder ao nível mais alto na hierarquia da organização para a qual estão sendo dirigidas.

Este relatório não recorre a quaisquer procedimentos de prova para apuração de responsabilidade civil ou criminal; estando em conformidade com o item 3.1 do Anexo 13 da Convenção de Chicago de 1944, recepcionada pelo ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto nº 21.713, de 27 de agosto de 1946.

Outrossim, deve-se salientar a importância de resguardar as pessoas responsáveis pelo fornecimento de informações relativas à ocorrência de um acidente aeronáutico. A utilização deste Relatório para fins punitivos, em relação aos seus colaboradores, macula o princípio da "não autoincriminação" deduzido do "direito ao silêncio", albergado pela Constituição Federal.

Consequentemente, o seu uso para qualquer propósito, que não o de prevenção de futuros acidentes, poderá induzir a interpretações e a conclusões errôneas.

ÍNDICE

SINOPSE.....	4
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS E ABREVIATURAS.....	5
1 INFORMAÇÕES FACTUAIS	6
1.1 Histórico da ocorrência.....	6
1.2 Danos pessoais	6
1.3 Danos à aeronave	6
1.4 Outros danos	6
1.5 Informações acerca do pessoal envolvido.....	6
1.5.1 Informações acerca dos tripulantes.....	6
1.6 Informações acerca da aeronave	7
1.7 Informações meteorológicas.....	7
1.8 Auxílios à navegação.....	8
1.9 Comunicações.....	8
1.10 Informações acerca do aeródromo.....	8
1.11 Gravadores de voo	8
1.12 Informações acerca do impacto e dos destroços	8
1.13 Informações médicas, ergonômicas e psicológicas.....	8
1.13.1 Aspectos médicos.....	8
1.13.2 Informações ergonômicas	8
1.13.3 Aspectos psicológicos	8
1.14 Informações acerca de fogo	9
1.15 Informações acerca de sobrevivência e/ou de abandono da aeronave.....	9
1.16 Exames, testes e pesquisas	9
1.17 Informações organizacionais e de gerenciamento	9
1.18 Aspectos operacionais.....	9
1.19 Informações adicionais.....	11
1.20 Utilização ou efetivação de outras técnicas de investigação	11
2 ANÁLISE	11
3 CONCLUSÃO.....	12
3.1 Fatos.....	12
3.2 Fatores contribuintes	13
3.2.1 Fator Humano.....	13
3.2.2 Fator Material	13
4 RECOMENDAÇÃO DE SEGURANÇA DE VOO (RSV)	13
5 AÇÃO CORRETIVA OU PREVENTIVA JÁ ADOTADA.....	14
6 DIVULGAÇÃO.....	14
7 ANEXOS.....	14

SINOPSE

O presente Relatório Final refere-se ao acidente ocorrido com a aeronave PT-AKS, modelo C-210H, em 26 MAR 2010, classificado como falha do motor em voo.

Ao realizar um pouso de emergência, após a parada do motor, a bequilha quebrou ao tocar bruscamente no solo.

A aeronave pilonou ao chocar-se contra um barranco e teve danos graves.

O piloto e o passageiro sofreram lesões leves.

Não houve a designação de representante acreditado.

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS E ABREVIATURAS

ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
CA	Certificado de Aeronavegabilidade
CCF	Certificado de Capacidade Física
CENIPA	Centro de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
CG	Centro de Gravidade
CHT	Certificado de Habilitação Técnica
DAC	Departamento de Aviação Civil
IAM	Inspeção Anual de Manutenção
IFRA	Habilitação de Voo por Instrumentos - Avião
LAT	Latitude
LONG	Longitude
MLTE	Habilitação de aviões classe multimotores terrestres
PLA	Licença de Piloto de Linha Aérea – Avião
PPR	Licença de Piloto Privado – Avião
RBHA	Regulamento Brasileiro de Homologação Aeronáutica
RSV	Recomendação de Segurança de Voo
SWLZ	Designativo de localidade – Aeródromo de Luziânia
SWNS	Designativo de localidade – Aeródromo de Anápolis
SERIPA	Serviço Regional de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
SIPAER	Sistema de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
UTC	<i>Coordinated Universal Time</i> – Tempo Universal Coordenado
VFR	<i>Visual Flight Rules</i> – regras de voo visual

AERONAVE	Modelo: C-210H Matrícula: PT-AKS Fabricante: Cessna	Operador: Particular
OCORRÊNCIA	Data/hora: 26 MAR 2010 / 10:45 UTC Local: Aeródromo de Anápolis (SWNS) Lat. 16°21'45"S – Long. 048°55'41"W Município – UF: Anápolis – GO	Tipo: Falha do motor em voo

1 INFORMAÇÕES FACTUAIS

1.1 Histórico da ocorrência

A aeronave decolou do aeródromo de Anápolis, GO (SWNS) com destino ao aeródromo de Luziânia, GO (SWLZ), com um piloto e um passageiro, sem plano de voo, em condições de voo visual (VFR).

Após a decolagem, aproximadamente a 300 pés de altitude, houve a perda de potência do motor. O piloto realizou uma curva à esquerda para tentar pousar em um pátio existente entre a pista e os hangares.

Como não havia altura suficiente, o piloto tentou realizar o pouso em uma área coberta por vegetação, próxima aos hangares.

Após o toque no solo, a bequilha quebrou e a aeronave arrastou-se por alguns metros e, ao chocar-se contra uma pequena elevação, pilonou.

1.2 Danos pessoais

Lesões	Tripulantes	Passageiros	Terceiros
Fatais	-	-	-
Graves	-	-	-
Leves	01	01	-
Ilesos	-	-	-

1.3 Danos à aeronave

Danos graves no trem de pouso, na hélice, no motor, nas asas e na fuselagem.

1.4 Outros danos

Não houve.

1.5 Informações acerca do pessoal envolvido

1.5.1 Informações acerca dos tripulantes

HORAS VOADAS	
DISCRIMINAÇÃO	PILOTO
Totais	6.000:00
Totais nos últimos 30 dias	64:35
Totais nas últimas 24 horas	00:35
Neste tipo de aeronave	2.000:00
Neste tipo nos últimos 30 dias	00:35
Neste tipo nas últimas 24 horas	00:35

Obs.: As horas voadas foram fornecidas pelo piloto.

1.5.1.1 Formação

O piloto realizou o curso de Piloto Privado – Avião (PPR) no Aeroclube de Brasília, em 2000.

1.5.1.2 Validade e categoria das licenças e certificados

O piloto possuía licença de Piloto de Linha Aérea – Avião (PLA) e estava com as habilitações de aviões classe multimotores terrestres (MLTE) e de voo por instrumentos (IFRA) válidas.

1.5.1.3 Qualificação e experiência de voo

O piloto estava qualificado e possuía experiência suficiente para realizar o tipo de voo.

1.5.1.4 Validade da inspeção de saúde

O piloto estava com o Certificado de Capacidade Física (CCF) válido.

1.6 Informações acerca da aeronave

A aeronave, de número de série 21059057, foi fabricada pela *Cessna Aircraft*, em 1969.

O certificado de aeronavegabilidade (CA) estava válido.

As cadernetas de célula, motor e hélice estavam atualizadas.

A última inspeção, do tipo “50 horas”, foi realizada em 30 JAN 2010 pela oficina Gabriel da Cunha e Souza, tendo a aeronave voado 17 horas e 35 minutos após a inspeção.

A última revisão, do tipo “Inspeção Anual de Manutenção (IAM)”, foi realizada em 04 MAIO 2009 pela oficina CMA – Centro Oeste Manutenção de Aeronaves Ltda., tendo a aeronave voado 153 horas e 15 minutos após a inspeção.

A aeronave possuía cinco pontos para drenagem de combustível, dois para os tanques das asas, dois para os tanques coletores e um para o filtro de combustível.

O manual da aeronave previa a drenagem de pequena quantidade de combustível de cada tanque e do filtro de combustível. Para o filtro, o procedimento deveria durar quatro segundos.

Em 30 JUL 1982, o fabricante emitiu uma *Service Information Letter* (SE82-36), destinada a todos os operadores de aeronaves *Cessna* monomotor, abordando um *Owner Advisory* (SE82-36A), que orientava para que fossem feitos movimentos nas asas e abaixamento da cauda das aeronaves, nos checkes de pré-voo, com o objetivo de movimentar líquidos contaminantes para os pontos de drenagem.

Tal procedimento visava assegurar que os líquidos contaminantes fossem eliminados na execução das drenagens.

O antigo proprietário declarou que sempre que chovia muito observava a presença de água nas drenagens dos tanques de combustível feitas na aeronave.

1.7 Informações meteorológicas

No dia anterior ao acidente, houve um período de precipitação forte, com trovoadas em Anápolis.

1.8 Auxílios à navegação

Nada a relatar.

1.9 Comunicações

Nada a relatar.

1.10 Informações acerca do aeródromo

O aeródromo era público, administrado pelo Governo do Estado de Goiás e operava VFR diurno e noturno.

A pista era de asfalto, com cabeceiras 07/25, com dimensões de 1.845 metros de comprimento por 45 metros de largura e elevação de 1.112 pés.

No momento do acidente a pista se encontrava desobstruída e seca.

1.11 Gravadores de voo

Não requeridos e não instalados.

1.12 Informações acerca do impacto e dos destroços

A aeronave impactou contra o solo em atitude picada, com a asa esquerda baixa, tocando inicialmente a ponta da asa esquerda no solo e logo após a bequilha.

A ponta da asa esquerda e a bequilha se desprenderam da aeronave, que foi se arrastando e efetuando um giro para a esquerda no eixo vertical.

Quarenta e três metros após o primeiro ponto de impacto a aeronave colidiu contra um barranco de terra e pilonou.

Algumas poucas partes que se desprenderam da aeronave ficaram distribuídas ao longo da sua trajetória no terreno.

1.13 Informações médicas, ergonômicas e psicológicas

1.13.1 Aspectos médicos

Não pesquisados.

1.13.2 Informações ergonômicas

Nada a relatar.

1.13.3 Aspectos psicológicos

Não pesquisados.

1.13.3.1 Informações individuais

Nada a relatar.

1.13.3.2 Informações psicossociais

Nada a relatar.

1.13.3.3 Informações organizacionais

Nada a relatar.

1.14 Informações acerca de fogo

Não houve fogo.

1.15 Informações acerca de sobrevivência e/ou de abandono da aeronave

O piloto e o passageiro saíram da aeronave pelas portas principais.

Em razão da ausência do cinto de segurança para o passageiro, este colidiu contra várias partes no interior da aeronave.

1.16 Exames, testes e pesquisas

Foram coletadas amostras de combustível dos tanques de asa, dos coletores, do copo do filtro de combustível e da válvula distribuidora de combustível e foram enviadas para análise em laboratório.

O relatório técnico emitido pelo laboratório confirmou que a amostra retirada da válvula distribuidora de combustível era predominantemente constituída de água livre (93% de água), as demais amostras estavam compatíveis com as especificações.

As torções sofridas pelas pás da hélice indicaram que no momento do impacto elas estavam girando, porém sem potência.

1.17 Informações organizacionais e de gerenciamento

Nada a relatar.

1.18 Aspectos operacionais

A aeronave havia sido vendida e encontrava-se no aeródromo de Luziânia (SWLZ). No dia anterior ao acidente, o piloto, que havia comprado a aeronave, resolveu deslocar-se para Anápolis para a conclusão do negócio com o antigo proprietário.

Segundo o piloto, após dar a partida no motor, no aeródromo de Luziânia (SWLZ), ocorreu o apagamento do motor quando o manete de potência foi colocado em marcha lenta.

O piloto deu nova partida e taxiou a aeronave para o local de abastecimento, decolando em seguida para o aeródromo de Anápolis (SWNS).

O voo foi realizado sem problemas, porém na corrida após o pouso, no aeródromo de Anápolis (SWNS), o motor voltou a apagar ao levar o manete para marcha lenta. O piloto deu nova partida e taxiou a aeronave até o pátio de estacionamento, onde ela permaneceu sem ser reabastecida.

A negociação de venda foi concluída e, no final da tarde, o piloto, acompanhado de um amigo, se dirigiu para o aeródromo a fim de retornar para Luziânia. No entanto, em razão de uma chuva forte, a decolagem foi adiada para o dia seguinte.

Na manhã do dia seguinte, 26 MAR 2010, o piloto e seu amigo chegaram ao aeroporto por volta das 07h20min. O piloto informou que realizara todos os cheques de pré-voo previstos, inclusive que drenara os tanques de combustível.

Para a drenagem, foi utilizado um tubo com um dispositivo que permitia a abertura do dreno e a coleta do combustível, conhecido como copinho, destinado à verificação da qualidade do combustível.

O piloto informou que encontrou água ao drenar o tanque direito, tendo repetido o procedimento até sair somente combustível. Informou, ainda, desconhecer outro procedimento para a drenagem do combustível além do previsto no manual da aeronave.

O passageiro informou que acompanhou o piloto durante os procedimentos de drenagem de combustível, tendo visto o uso do copinho. Segundo ele, foi observada a presença de água no tanque direito. A drenagem dos coletores foi realizada sem o copinho, derramando o combustível diretamente no solo, e o passageiro não viu o piloto realizar a drenagem do filtro de combustível.

O procedimento de drenagem de combustível estabelecido no manual da aeronave previa a utilização de um recipiente para colher pequena quantidade de combustível de cada um dos tanques e do filtro, a fim de remover a água e os resíduos, antes do primeiro voo de cada dia.

Como a aeronave estava configurada para lançamento de paraquedistas, havia apenas o assento do piloto. O passageiro ficou agachado sobre o assoalho, na posição prevista para realizar salto de paraquedas.

Segundo o piloto, após a partida, o motor ficou funcionando por 10 minutos, antes de iniciar o táxi, que foi realizado em baixa velocidade para possibilitar que ocorresse o aquecimento do motor e para que os parâmetros mínimos de temperatura para a decolagem fossem atingidos.

Após a decolagem da cabeceira 07, do SWNS, quanto estava a aproximadamente 300 ft de altitude, com o trem de pouso recolhido, ao reduzir o manete da hélice, o motor perdeu potência e apagou.

O piloto realizou uma curva à esquerda, trocou o tanque de combustível para o esquerdo, reduziu o manete de potência, verificou se o manete de mistura estava em RICA e se o manete de hélice estava à frente e ligou a bomba elétrica de combustível, porém não houve a recuperação do motor.

Ao realizar curva à esquerda, o piloto tinha a intenção de realizar um pouso em uma área existente entre os hangares e a pista, mas, segundo ele, não havia altura suficiente, obrigando-o a pousar em uma área de vegetação, aparentemente sem obstáculos, após os hangares.

Antes do pouso, o piloto abaixou o trem de pouso. Antes de abandonar a aeronave, o piloto desligou o interruptor MASTER e junto com o passageiro, abandonou a aeronave.

A aeronave estava dentro dos limites de peso e do centro de gravidade (CG) especificados pelo fabricante.

Os procedimentos previstos no manual da aeronave para pouso de emergência em razão de falha do motor eram:

- a) *Airspeed – 90kt (flaps up) / 80kt (flaps down)*
- b) *Mistura – IDLE / CUT-OFF*
- c) *Fuel selector valve – OFF*
- d) *Ignition Switch – OFF*
- e) *Landing Gear – DOWN (UP if terrain is rough or soft)*
- f) *Wing Flaps – AS REQUIRED (30° recommended)*
- g) *Master Switch – OFF*

- h) *Doors – UNLATCH PRIOR TO TOUCHDOWN*
- i) *Touchdown – SLIGHTLY TAIL LOW*
- j) *Brakes – APPLY HEAVILY*

1.19 Informações adicionais

Quanto à utilização de assento para passageiros, o RBHA 91 previa:

91.107 USO DE CINTOS DE SEGURANÇA E CINTOS DE OMBRO

(a) a menos que de outra forma autorizado pelo DAC:

(3) durante movimentações na superfície e durante a decolagem e o pouso de uma aeronave civil brasileira (exceto um balão livre que incorpore uma cesta ou gôndola ou um dirigível de tipo homologado antes de 02 NOV 1987), cada pessoa a bordo deve ocupar um assento ou beliche com um cinto de segurança e cintos de ombro (se instalados) apropriadamente ajustado em torno da pessoa.

1.20 Utilização ou efetivação de outras técnicas de investigação

Não houve.

2 ANÁLISE

As duas ocorrências de apagamento do motor em marcha lenta, que ocorreram antes do acidente, indicavam que existia alguma anormalidade, porém o piloto não realizou nenhum tipo de intervenção ou pelo menos um cheque de manutenção para verificar a real situação de funcionamento do motor.

Considerando que, no momento do acidente, a falha do motor se deu com potência máxima, pode-se supor que não existe relação com as falhas anteriores que ocorreram com o motor funcionando em marcha lenta.

Nos testes de laboratório, foi constatada a presença de água na válvula distribuidora de combustível. A água, quando presente no sistema de combustível, inibe a queima do combustível na câmara de combustão, ocasionando a perda de potência e o apagamento do motor.

A presença de água no sistema de combustível da aeronave pode ter origem no uso de combustível contaminado, em razão da condensação de vapor de água existente nos tanques e reservatórios, ou em razão da entrada de água através dos bocais de abastecimento devido a fortes chuvas.

Uma vez que a aeronave não foi abastecida no aeródromo de SWNS, e que não houve problemas no voo anterior, pode-se concluir que o combustível existente nos tanques antes de chegar a Anápolis não estava contaminado.

Considerando que ocorreu uma chuva forte em Anápolis no dia anterior ao acidente, e que a aeronave ficou exposta ao tempo no pátio de estacionamento, verificou-se que a origem mais provável da água encontrada na válvula distribuidora de combustível, que causou o apagamento do motor, foi a forte chuva.

O piloto não atendeu plenamente aos procedimentos previstos no manual da aeronave ao realizar a drenagem dos coletores, deixando o combustível derramar diretamente no solo.

O piloto desconhecia os procedimentos adicionais, emitidos na *Owner Advisory SE82-36A*, que previa a realização de movimentos das asas e o abaixamento da cauda da

aeronave nos cheques de pré-voos, evidenciando uma deficiência na qualidade do processo de treinamento recebido. Tais movimentos tinham o objetivo de movimentar líquidos contaminantes para os pontos de drenagem, a fim de retirá-los do sistema de combustível. Como tal procedimento não foi realizado, é possível que os tanques tenham permanecido com água misturada ao combustível.

Na tentativa de realizar um pouso de emergência, o piloto abaixou o trem de pouso sabendo que pousaria em uma área de vegetação aparentemente sem obstáculos.

O manual de voo da aeronave recomendava manter o trem recolhido em pousos sem potência, realizados em terreno acidentado ou macio - Landing Gear – DOWN (UP if terrain is rough or soft).

A realização do pouso com o trem de pouso recolhido poderia ter impedido a aeronave de pylonar, uma vez que ela ficaria mais baixa e com uma área maior de contato com o solo.

O piloto deixou de realizar todos os procedimentos previstos para o pouso sem potência, entre eles: fechar a seletora de combustível; e desligar as chaves de ignição e a chave MASTER. Tais procedimentos evitariam a possibilidade de fogo e o destravamento da porta.

A não realização desses procedimentos submeteu o piloto e o passageiro a uma situação maior de risco, uma vez que poderia ter ocorrido fogo e as portas poderiam ter ficado travadas impedindo a saída deles. É provável que os procedimentos não tenham sido realizados por não ter havido tempo, tendo em vista que a pane ocorreu a baixa altura.

O transporte do passageiro no assoalho da aeronave sem o cinto de segurança, sem que houvesse motivo justificado, além de contrariar a legislação em vigor, contribuiu para os seus ferimentos em razão de ele ter colidido contra partes da aeronave após o impacto contra o solo.

3 CONCLUSÃO

3.1 Fatos

- a) o piloto estava com o CCF válido;
- b) o piloto estava com o Certificado de Habilitação Técnica (CHT) válido;
- c) o piloto era qualificado e possuía experiência suficiente para realizar o voo;
- d) a aeronave estava com o CA válido;
- e) a aeronave estava dentro dos limites de peso e balanceamento;
- f) no dia anterior ao acidente ocorreram duas falhas do motor em marcha lenta;
- g) a aeronave pernoitou no pátio, ao ar livre e sob chuva;
- h) durante a drenagem dos tanques foi encontrada água no tanque direito;
- i) o piloto não realizou o procedimento de drenagem previsto na *Owner Advisory SE82-36A*;
- j) na amostra de combustível retirada da válvula de distribuição foi constatada a presença de água;
- k) a aeronave estava configurada apenas com o assento do piloto;
- l) o passageiro estava sentado no assoalho sem cintos de segurança;

- m) após a decolagem ocorreu a perda de potência;
- n) o piloto realizou um pouso de emergência em terreno de vegetação, aparentemente sem obstáculos;
- o) a aeronave sofreu danos graves no trem de pouso, na hélice, no motor, nas asas e na fuselagem; e
- p) o piloto e o passageiro sofreram lesões leves.

3.2 Fatores contribuintes

3.2.1 Fator Humano

3.2.1.1 Aspecto Médico

Não pesquisado.

3.2.1.2 Aspecto Psicológico

Não pesquisado.

3.2.1.3 Aspecto Operacional

3.2.1.3.1 Concernentes a operação da aeronave

a) Indisciplina de voo – contribuiu

O transporte do passageiro sem que a aeronave possuísse assento e cinto de segurança, sem motivo justificável, contrariando a legislação da aviação civil em vigor, contribuiu para que ele sofresse lesões decorrentes do seu impacto contra partes da aeronave.

b) Instrução – contribuiu

O processo de treinamento recebido pelo piloto para operar a aeronave não lhe forneceu o conhecimento sobre o procedimento de drenagem do combustível estabelecido pelo fabricante, por meio do *Owner Advisory* SE82-36A, bem como permitiu uma realização incompleta dos procedimentos previstos em manual, deixando de coletar adequadamente o combustível drenado dos coletores, o que resultou na ingestão de água na câmara de combustão, com a conseqüente perda de potência.

c) Julgamento de Pilotagem – contribuiu

Houve uma inadequada avaliação por parte do piloto em relação ao uso do trem de pouso na situação de emergência, no tipo de terreno acidentado, provocando o agravamento dos danos em razão da pylonagem da aeronave.

3.2.1.3.2 Concernentes aos órgãos ATS

Não contribuiu.

3.2.2 Fator Material

3.2.2.1 Concernentes a aeronave

Não contribuiu.

3.2.2.2 Concernentes a equipamentos e sistemas de tecnologia para ATS

Não contribuiu.

4 RECOMENDAÇÃO DE SEGURANÇA DE VOO (RSV)

É o estabelecimento de uma ação que a Autoridade Aeronáutica ou Elo-SIPAER emite para o seu âmbito de atuação, visando eliminar ou mitigar o risco de uma condição latente ou a consequência de uma falha ativa.

Sob a ótica do SIPAER, é essencial para a Segurança de Voo, referindo-se a um perigo específico e devendo ser cumprida num determinado prazo.

Recomendações de Segurança de Voo emitidas pelo SERIPA VI

Ao operador da aeronave, recomenda-se:

RSV (A) 019 / 2010 – SERIPA VI Emitida em: 30/04/2010

1) Reciclar-se quanto aos procedimentos de drenagem de combustível da aeronave C-210H.

RSV (A) 020 / 2010 – SERIPA VI Emitida em: 30/04/2010

2) Reciclar-se em relação a todos os cheques previstos para procedimentos de emergência descritos no *checklist* da aeronave.

RSV (A) 021 / 2010 – SERIPA VI Emitida em: 30/04/2010

3) Realizar intervenções de manutenção na aeronave sempre que algum dos seus parâmetros estiverem fora do previsto.

RSV (A) 022 / 2010 – SERIPA VI Emitida em: 30/04/2010

4) Reciclar-se com relação ao RBHA 91.

5 AÇÃO CORRETIVA OU PREVENTIVA JÁ ADOTADA

Nada a relatar

6 DIVULGAÇÃO

- ANAC
- Operador da aeronave
- SERIPA VI

7 ANEXOS

Não há.

Em, 23 / 09 / 2011