

COMANDO DA AERONÁUTICA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E PREVENÇÃO DE
ACIDENTES AERONÁUTICOS



RELATÓRIO FINAL
A - Nº 096/CENIPA/2012

<u>OCORRÊNCIA:</u>	ACIDENTE
<u>AERONAVE:</u>	PT-DAP
<u>MODELO:</u>	182K
<u>DATA:</u>	05JUL2004



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.....	7
1.9 Comunicações.....	7
1.10 Informações acerca do aeródromo.....	7
1.11 Gravadores de voo	7
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	8
1.15 Informações acerca de sobrevivência e/ou de abandono da aeronave.....	8
1.16 Exames, testes e pesquisas	8
1.17 Informações organizacionais e de gerenciamento	8
1.18 Aspectos operacionais.....	9
1.19 Informações adicionais.....	9
1.20 Utilização ou efetivação de outras técnicas de investigação	10
2 ANÁLISE	10
3 CONCLUSÃO.....	11
3.1 Fatos.....	11
3.2 Fatores contribuintes	12
3.2.1 Fator Humano.....	12
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 com a aeronave PT-DAP, modelo 182K, ocorrido em 05JUL2004, classificado como com hélice.

Durante o voo em rota, na região amazônica, o motor da aeronave apresentou forte vibração, seguida de parada total.

O piloto iniciou um planeio e, antes de chocar-se contra as árvores, conseguiu contato com outra aeronave informando seu provável local de queda.

O piloto e os passageiros foram resgatados no dia seguinte.

O piloto sofreu ferimentos graves. Os três passageiros sofreram lesões leves.

A aeronave teve danos graves.

Não houve a designação de representante acreditado.

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS E ABREVIATURAS

ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
BABV	Base Aérea de Boa Vista
CA	Certificado de Aeronavegabilidade
CCF	Certificado de Capacidade Física
CBA	Código Brasileiro de Aeronáutica
CENIPA	Centro de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
CHT	Certificado de Habilitação Técnica
CMA	Comando Militar da Amazônia
COMAR	Comando Aéreo Regional
DPF	Departamento de Polícia Federal
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBAMA	Instituto Brasileiro de Proteção ao Meio Ambiente
IFR	<i>Instrument Flight Rules</i> – Regras de voo por instrumentos
IFRA	Habilitação técnica de voo por instrumentos – avião
INVA	Habilitação técnica de instrutor de voo – avião
INFRAERO	Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária
Lat	Latitude
Long	Longitude
MNTE	Habilitação técnica de aviões monomotores terrestres
PCM	Licença de Piloto Comercial – Avião
PPR	Licença de Piloto Privado – Avião
RSV	Recomendação de Segurança de Voo
RBHA	Regulamento Brasileiro de Homologação Aeronáutica
SBBV	Designativo de localidade – Aeródromo de Boa Vista, RR
SWAQ	Designativo de localidade – Aeródromo de Aldeia Ericóia, RR
SWMU	Designativo de localidade – Aeródromo de Surumu, RR
SERAC	Serviço Regional de Aviação Civil
SERIPA	Serviço Regional de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
SIPAER	Sistema de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
SRPV-MN	Serviço Regional de Proteção ao Voo de Manaus
TPP	Serviços Aéreos Privados
UTC	<i>Coordinated Universal Time</i> – Tempo Universal Coordenado
VFR	<i>Visual Flight Rules</i> – Regras de voo visual

AERONAVE	Modelo: 182K Matrícula: PT-DAP Fabricante: Cessna Aircraft	Operador: Privado
OCORRÊNCIA	Data/hora: 05JUL2004 / 17:40 UTC Local: Selva Amazônica Lat. 03°24'03"S – Long. 062°17'42"W Município – UF: Boca do Acre, AM	Tipo: Com hélice

1 INFORMAÇÕES FACTUAIS

1.1 Histórico da ocorrência

Tratava-se de um voo na área da reserva indígena Yanomami, com o fim de atender ao programa de apoio às comunidades indígenas estabelecido pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com sede em Boa Vista, RR.

No regresso para Boa Vista, a aeronave decolou da aldeia Ericó, com destino à aldeia Urariquera, com um tripulante e três passageiros a bordo.

Após 10 minutos de voo, o motor apresentou forte vibração com perda de potência, e em seguida parou totalmente.

O piloto iniciou um planeio até o impacto contra as árvores.

Durante a queda, o piloto conseguiu entrar em contato com uma aeronave que voava próximo ao local, informando sua posição.

1.2 Danos pessoais

Lesões	Tripulantes	Passageiros	Terceiros
Fatais	-	-	-
Graves	01	-	-
Leves	-	03	-
llesos	-	-	-

1.3 Danos à aeronave

Danos graves.

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	3.350:00
Totais nos últimos 30 dias	86:00
Totais nas últimas 24 horas	04:00
Neste tipo de aeronave	450:00
Neste tipo nos últimos 30 dias	07:00
Neste tipo nas últimas 24 horas	00:45

Obs.: Os dados relativos às horas voadas foram fornecidos pelo piloto.

1.5.1.1 Formação

O piloto realizou o curso de Piloto Privado – Avião (PPR) na Escola de Pilotagem de Maricá, Aero clube de Juiz de Fora e Aero clube de São Leopoldo, no período de 1997 a 2.000.

1.5.1.2 Validade e categoria das licenças e certificados

O piloto possuía a licença de Piloto Comercial – Avião (PCM) e estava com as habilitações técnicas de avião monomotor terrestre (MNTE), instrutor de voo – avião (INVA) e voo por instrumentos – avião (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 18258281, foi fabricada pela Indústria Aeronáutica *Cessna Aircraft*, em 1967.

O certificado de aeronavegabilidade (CA) estava válido.

Não foram apresentadas as cadernetas e os diários de bordo da aeronave, o que impossibilitou a realização da pesquisa sobre a manutenção realizada na aeronave, assim como seu total de horas de voo.

Não foi apresentado, também, o controle dos componentes ou quaisquer outros documentos da aeronave.

A aeronave não fazia parte da frota da empresa Anauá Táxi-Aéreo. Era de propriedade particular, categoria de registro TPP.

1.7 Informações meteorológicas

Nada a relatar.

1.8 Auxílios à navegação

Nada a relatar.

1.9 Comunicações

Nada a relatar.

1.10 Informações acerca do aeródromo

O acidente ocorreu fora de aeródromo.

1.11 Gravadores de voo

Não requeridos e não instalados.

1.12 Informações acerca do impacto e dos destroços

No primeiro impacto, contra uma árvore, a aeronave perdeu a asa esquerda e girou em torno do eixo longitudinal. Em seguida, colidiu contra o solo, parando no dorso.

Os destroços ficaram concentrados e a aeronave ficou completamente destruída.

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 cumpriu corretamente os procedimentos previstos para o abandono da aeronave.

1.16 Exames, testes e pesquisas

Durante a desmontagem da hélice, realizada em oficina homologada, constatou-se que o pino de uma das pás (peça que liga a pá ao pistão da hélice) estava fraturado, o que provocou a forte vibração no conjunto hélice/motor, pois, nessa situação, a pá fraturada realizava uma trabalho não previsto no projeto, ocasionando forças de tração diferentes na outra pá.

Comparando o pino fraturado com outro genuíno, suspeitou-se de que a peça era original, mas não foi possível comprovar. Verificou-se, também que não foram utilizadas ferramentas adequadas, pois o pino apresentava marcas ("mordidas").

Observou-se que o pino sofrera trabalho em torno mecânico, diminuindo o tamanho do seu comprimento.

Durante pesquisa realizada após a desmontagem do item, foi constatado que o PN da hélice não era aplicável ao modelo da aeronave, pois segundo o *Type Certificate Data Sheet* (TCDS) N° 3A13, era exigido o modelo 2A34C66/90AT-8 ou modelo

2A34C203/90DCA-8, este segundo para as aeronaves que tivessem incorporado o KIT SK182-121.

1.17 Informações organizacionais e de gerenciamento

Nada a relatar.

1.18 Aspectos operacionais

De acordo com o plano de voo apresentado à sala AIS, a aeronave decolou do aeródromo de Boa Vista, RR (SBBV), com destino a Surumu, RR (SWMU), porém, prosseguiu para a aldeia Ericó (SWAQ), prestando serviço à FUNASA, transportando um passageiro a bordo.

Na realidade, a aeronave cumpriu a seguinte rota até a ocorrência do acidente: SBBV – SWAQ – Aldeia Saúba – SWAQ.

Durante essa rota, houve troca de passageiros, até que, na última etapa, encontravam-se na aeronave o piloto e três passageiros, sendo que dois deles estavam acomodados no piso do avião, local inadequado, e sem cinto de segurança.

O voo prosseguia normalmente até que, aproximadamente 10 minutos após a decolagem de SWAQ, com destino à Aldeia Urariquera, o motor apresentou forte vibração até a parada total em voo.

O piloto iniciou um planeio e, durante a descida, conseguiu entrar em contato com outra aeronave que voava próximo ao local, informando sua possível posição de impacto.

Segundo relatos não comprovados, durante o pouso na Aldeia Saúba, a pista de pouso estava molhada e a aeronave realizou um pouso longo saindo da pista, contudo, não foram observados danos na mesma.

Os sobreviventes foram resgatados no dia seguinte, por volta das 16h.

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

1.19 Informações adicionais

A área denominada SBR-701 foi ativada permanentemente, do nível do solo (GND) até 13.000 pés (FL 130), sendo área de preservação ambiental. Era permitida a operação de aeronaves civis nos aeródromos nela contidos, somente com prévia autorização do Comandante do VII COMAR.

A solicitação de operação na SBR-701 devia ser apresentada ao VII COMAR de acordo com a ICA 55-72 – Operação na Área Restrita SBR-701 por Aeronaves Civis, de 30NOV2001.

A autorização emitida pelo Comandante do VII COMAR era denominada AVOAR 701. Dessa forma, nenhuma aeronave civil podia, sem a AVOAR 701, operar na SBR-701.

Cabia, ao VII COMAR comunicar aos órgãos envolvidos com as operações em questão – Base Aérea de Boa Vista (BABV) / Serviço Regional de Proteção ao Voo de Manaus (SRPV-MN) / Sétimo Serviço Regional de Aviação Civil (SERAC-7) / Comando Militar da Amazônia (CMA) / Instituto Brasileiro de Proteção ao Meio Ambiente (IBAMA) / Departamento de Polícia Federal (DPF) / Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a emissão do AVOAR 701, a fim de que fossem tomadas as medidas de controle, coordenação e apoio necessários.

Mesmo com a AVOAR 701, nenhuma aeronave civil poderia voar na SBR-701, sem que tivesse, entre outras exigências, seu Certificado de Matrícula e de Aeronavegabilidade em situação regular e tripulação habilitada e portadora dos respectivos Certificados de Habilitação Técnica e de Capacidade Física, regularmente em dia.

De acordo com a ICA 55-72, os órgãos envolvidos no controle da operação na SBR-701 são os que recebem a comunicação devida do VII COMAR, conforme acima e possuem atribuições que são estabelecidas com a finalidade de assegurar a realização dos voos de acordo com a legislação em vigor.

O voo em questão tratava-se do cumprimento de contrato entre a empresa Anauá Táxi-Aéreo e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) – Coordenação Regional de Roraima, a fim de atender ao programa de apoio à comunidade indígena na área da Reserva Ianomâmi.

Foram observadas as seguintes irregularidades relativas à operação da aeronave:

1) Utilização de aeronave de categoria Serviços Aéreos Privados (TPP), em serviço aéreo público não regular, pois transportava passageiros em voo remunerado por força de contrato entre a FUNASA e a empresa Anauá Táxi-Aéreo, contrariando o Artigo 177 e 180 do Código Brasileiro de Aeronáutica (CBA).

2) A aeronave não estava equipada com o extintor de incêndio portátil, contrariando o requerido pelo RBHA 91.

3) A aeronave não possuía, a bordo, os documentos requeridos pelo RBHA 91, na seção 91.203.

4) A aeronave estava equipada apenas com os assentos dianteiros (piloto e copiloto) e transportava no momento do acidente quatro pessoas adultas, incluindo o piloto em comando, contrariando o requerido pelo RBHA 91, na seção 91.107 parágrafo 91.107 (a)(3).

5) A aeronave não possuía, a bordo, o Manual de Voo requerido pelo RBHA 91, na seção 91.9 parágrafo 91.9 (b) (1) e seção 91.203.

1.20 Utilização ou efetivação de outras técnicas de investigação

Não houve.

2 ANÁLISE

Tratava-se de um voo de prestação de serviço para a FUNASA, Coordenação Regional de Roraima, em cumprimento de contrato entre essa e a empresa Anauá Táxi-Aéreo, a fim de atender ao programa de apoio à comunidade indígena na área da reserva Ianomâmi, porém, a aeronave empregada não fazia parte da frota da empresa e era da categoria de registro TPP.

De acordo com o plano de voo apresentado à sala AIS, a aeronave decolaria de Boa Vista, RR (SBBV) com destino a Surumu, RR (SWMU), porém, a rota realmente voada até a ocorrência do acidente foi a seguinte: SBBV – SWAQ – Aldeia Saúba – SWAQ, que fica nos limites da SBR 701.

É provável que, em razão das restrições impostas pelas autoridades para o voo na área SBR 701, o piloto tenha apresentado um plano de voo com destinos diferentes dos quais ele realmente tinha intenção de realizar.

Em razão das anormalidades observadas na hélice da aeronave durante a realização da Ação Inicial, a mesma foi removida e analisada em oficina homologada, onde foi possível constatar que houve ruptura do pino de uma das pás.

Tal ruptura provocou o desalinhamento da referida pá em serviço, resultando em forte vibração e, por fim, na parada total do motor em voo.

A outra pá, apesar de empenada, apresentou impacto sem potência, fato esse comprovado através de verificação visual interna e externa.

O proprietário não apresentou as cadernetas, diários de bordo da aeronave e o mapa de controle dos componentes, o que impossibilitou a realização de pesquisa sobre os serviços de manutenção realizados na aeronave.

Os Certificados de Aeronavegabilidade e de Matrícula, também, não foram apresentados.

Vale ressaltar que não houve incêndio e, tampouco, o local de impacto da aeronave estava cercado por água, o que poderia justificar a perda desses documentos obrigatórios.

A não apresentação dos documentos citados sugere que houve a tentativa de mascarar a falta de controle de componentes, haja vista que a hélice instalada não era compatível com o modelo de aeronave, e, também, verificou-se a não realização dos serviços periódicos de manutenção.

A falta de dados que pudessem comprovar a procedência e fabricação dos itens tornou inviável a realização de outros tipos de testes e exames, pois, mesmo que fosse detectada qualquer falha no processo de fabricação ou composição do material, a falta de rastreabilidade impediria que medidas preventivas fossem efetivamente adotadas.

No entanto, foram identificadas situações que, por si só, inferem para a ineficiência da supervisão na utilização do PT-DAP na atividade aérea:

1) A falta de cadernetas e outros registros não asseguram a confiabilidade dos serviços de manutenção realizados na aeronave e, até mesmo, se foram realmente feitos.

2) A instalação de hélice não homologada para o tipo de equipamento denota descaso com as normas e procedimentos estabelecidos pela autoridade aeronáutica. A falta de registro de tal instalação impede a certificação de que o serviço tenha sido realizado por empresa homologada e por indivíduo habilitado.

3) As marcas existentes no pino da hélice apresentavam características semelhantes às provocadas quando se utiliza ferramenta inapropriada para execução de qualquer tipo de serviço de manutenção.

4) A utilização de pino da hélice com características de que havia sido realizada uma diminuição no seu tamanho utilizando torno mecânico.

5) Apresentação de plano de voo com dados incorretos, intencionalmente, visando realizar voo para área para a qual não possuía autorização de sobrevoo.

3 CONCLUSÃO

3.1 Fatos

- a) o piloto estava com o CCF válido;
- b) o piloto estava com o 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) foi apresentado plano de voo com destino a Surumu, RR, porém, a aeronave prosseguiu para a aldeia Ericó (SWAQ);
- g) a aeronave cumpriu a seguinte rota até a ocorrência do acidente: SBBV – SWAQ – Aldeia Saúba – SWAQ;
- h) na última etapa, encontravam-se na aeronave, o piloto e três passageiros, sendo que dois deles estavam acomodados no piso do avião;
- i) 10 minutos após a decolagem de SWAQ, com destino a Aldeia Urariquera, o motor apresentou forte vibração até a parada total em voo;
- j) verificou-se que houve ruptura do pino de uma das pás da hélice, causando a vibração e parada do motor;
- k) o piloto iniciou um planeio até o impacto contra as árvores;
- l) durante a descida o piloto conseguiu entrar em contato com outra aeronave, informando sua possível posição de impacto;
- m) os sobreviventes foram resgatados no dia seguinte por volta das 16h;
- n) o proprietário da aeronave não apresentou as cadernetas, diários de bordo e o mapa de controle dos componentes;
- o) a hélice instalada não era aplicável ao modelo de aeronave;
- p) a aeronave teve danos graves; e
- q) o piloto sofreu ferimentos graves e os três passageiros sofreram lesões leves.

3.2 Fatores contribuintes

3.2.1 Fator Humano

3.2.1.1 Aspecto Médico

Nada a relatar.

3.2.1.2 Aspecto Psicológico

3.2.1.2.1 Informações Individuais

Nada a relatar.

3.2.1.2.2 Informações Psicossociais

Nada a relatar.

3.2.1.2.3 Informações organizacionais

Nada a relatar.

3.2.1.3 Aspecto Operacional

3.2.1.3.1 Concernentes à operação da aeronave

a) Manutenção da aeronave – contribuiu

Fatos como a falta de registros de manutenção, a instalação de hélice de PN não compatível com a aeronave, utilização de ferramentas inapropriadas para a instalação da hélice e redução de tamanho do pino da hélice, utilizando torno mecânico, caracterizam a deficiência em todo o processo de manutenção.

b) Supervisão gerencial – contribuiu

O uso de aeronave TPP para serviços de táxi aéreo e a falta de controle dos serviços de manutenção contribuíram para que houvesse a ruptura do pino de uma das pás de hélice em voo.

3.2.1.3.2 Concernentes aos órgãos ATS

Não contribuiu.

3.2.2 Fator Material

3.2.2.1 Concernentes à 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 SERAC 7:

Ao Sétimo Serviço Regional de Aviação Civil, recomenda-se:

RSV (A) 237 / 2005 – SERAC 7

Emitida em: 14/07/2005

1) Encaminhar solicitação formal ao Serviço Regional de Proteção ao Voo (SRPV) de Manaus, a fim de tomar conhecimento de toda alteração significativa de rumo magnético, em relação ao plano de voo apresentado das aeronaves civis que operam no Estado de Roraima.

RSV (A) 238 / 2005 – SERAC 7

Emitida em: 14/07/2005

2) Intensificar a fiscalização das aeronaves que operam no Aeródromo de Boa Vista (SBBV).

Recomendações de Segurança de Voo emitidas pelo CENIPA:

À Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), recomenda-se:

RSV (A) 387 / 2012 – CENIPA

Emitida em: 20 / 09 / 2012

1) Divulgar o conteúdo do presente relatório aos operadores da Aviação Geral.

5 AÇÃO CORRETIVA OU PREVENTIVA JÁ ADOTADA

–O SERAC 7 realizou operação de rampa nos aeródromos de Pouso da Águia e Internacional de Boa Vista, simultaneamente, no período de 19OUT2004 a 10 NOV2004, envolvendo 20 Inspetores/Fiscais de Aviação Civil.

–O SERAC 7 realizou o III Simpósio de Segurança de Voo na cidade de Boa Vista, RR, em 22NOV2004.

6 DIVULGAÇÃO

–Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC)

–SERIPA VII

7 ANEXOS

Não há.

Em, 20 / 09 / 2012