|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Informações gerais** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Investigação** | | | | Acidente de explosão ocorrido em 11/02/2015 no FPSO Cidade de São Mateus | | | | | | | | | | |
| **Número de Ofício Circular de Recomendações** | | | | | | | 004/SSM/2016 | | **Data do Ofício Circular** | | | | 19/04/2016 | |
| 1. **Causa Raiz** | | CR6: Alterações sem o gerenciamento de mudanças | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Descrição resumida da causa raiz** | | | | | | | | | | | | | | |
| Houve alteração em relação à gestão de mudança, ao mudar o sentido de fluxo na linha de secagem de gás inerte, sem avaliação prévia dos perigos e do impacto global nas atividades. A utilização da gestão de mudança foi desvirtuada e as modificações descritas não foram identificadas em processo formal de gestão de mudança.  Ocorreu falha na aplicação de mecanismos de identificação de perigos e/ou análise de riscos anteriormente à implementação de modificação. | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Recomendação** | | | | CDSM\_R10 | | **Revisão e data** | | | | Rev. 2.0 | | 09/08/2019 | | |
| Identificar, estabelecer e implementar meios para garantir que a força de trabalho tenha capacitação teórica e prática na execução de procedimentos de gerenciamento de mudanças, garantindo a reciclagem periódica. | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Prazo máximo de implantação** | | | | | Imediato | | | * 1. **Data limite para implementação** | | | | | - | |
| * 1. **Motivação / Descrição mais detalhada da recomendação / Forma esperada de implementação** | | | | | | | | | | | | | | |
| Recomendação feita devido a um diagnóstico de falta de capacitação da força de trabalho em Gestão de Mudanças. Esta recomendação é atendida ao ser evidenciado que a força de trabalho é capacitada no procedimento em Gestão de Mudanças. | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Abrangência da recomendação** | | | | | Plataformas de produção ou sondas | | | | | | | | | |
| * 1. **Local de verificação** | | | | Em escritório | | | | | | | | | | |
| 1. **Ações do Operador para implementação da recomendação / Evidências** | | | | | | | | | | | | | | |
| A ser preenchido pelo auditado | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Solicitações adicionais** | | | | | | | | | | | | | | |
| A ser preenchido pelo auditor (opcional) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Parecer do Auditor** | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementada | | | Abrangência: Instalação / Unidade Operacional / Operador | | | | | | | | | | | |
| Não implementada | | | Não conformidade relacionada: Caso a recomendação seja considerada não implementada, deverá ser lavrada NC, cujo número deverá ser relacionado nesta ficha para fins de rastreabilidade. | | | | | | | | | | | |
| Análise: | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Identificação e data da análise** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome** | Nome do auditor | | | | | | | | | | **Data** | | | XX/XX/XX |