|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** | | Não aplicável (recomendação geral) | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Recomendação** | | | | CDSM\_R57 | | **Revisão e data** | | | | Rev. 2.0 | | 09/08/2019 | | |
| Garantir a disponibilidade de no mínimo uma aeronave aeromédica dedicada por bacia sedimentar em que o concessionário possua operações em curso. No caso de indisponibilidade da aeronave aeromédica, deve ser providenciada uma aeronave aeromédica equivalente. | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Prazo máximo de implantação** | | | | | 12 meses | | | * 1. **Data limite para implementação** | | | | | 19/04/2017 | |
| * 1. **Motivação / Descrição mais detalhada da recomendação / Forma esperada de implementação** | | | | | | | | | | | | | | |
| Durante a emergência de Cidade de São Mateus o transporte aeromédico estava indisponível.  Esta recomendação possibilita o compartilhamento de recursos entre as empresas. Não pode ser utilizada uma aeronave normal adaptada para desempenhar as funções de unidades aeromédicas. | | | | | | | | | | | | | | |
| * 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 |