## Formulário 006: Ordem de Serviço

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **ACME** – Organização de Manutenção Aeronáutica  Rua XXXXX, nº XX, CEP 00000-00  Cidade – UF | | | | | | Ordem de Serviço Nº:  **XX/AA-ACME** | | |
| **Data de entrada: xx/xx/xxxx** | | | | | | | | | | | | | |
| **Proprietário / Operador:** | | | | | | | | | | | | | |
| **MARCAS:** | | | | **FABRICANTE:** | | | | | **MODELO:** | | | | |
| **TSN:** | | | | **TSO:** | | | | | **N/S** | | | | |
| **INSPEÇÃO PRELIMINAR** | | | | | | | | | | | | | |
| **O produto apresenta avarias aparentes?**  **[ ] SIM [ ] NÃO**  **Foram recebidas todas as partes do produto?**  **[ ] SIM [ ] NÃO**  **O teste funcional está OK? [ ] SIM [ ] NÃO**  **Há indícios de dano oculto? [ ] SIM [ ] NÃO**  **OBSERVAÇÕES:** | | | | | | | | **NOME:** | | | | | |
| **ASSINATURA:** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS** | | | | | | **AÇÃO CORRETIVA** | | | | | **MMA** | **INSP** |
|  |  | | | | | |  | | | | |  |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **PEÇAS E COMPONENTES UTILIZADOS** | | | | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **PN** | **SN** | | | | **DESCRIÇÃO** | | | | | | | **QTD** |
|  |  |  | | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **FERRAMENTAS ESPECIAIS E CALIBRÁVEIS UTILIZADAS** | | | | | | | | | | | | | |
| **ITEM** | **PN** | **SN** | | | | **DESCRIÇÃO** | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **DECLARAÇÃO DE AERONAVEGABILIDADE: Declaramos para os devidos fins que esta ORDEM DE SERVIÇO N° XXXX, foi integralmente cumprida e executada de acordo com as Instruções Técnicas e Legislação aplicáveis, constatada pela inspeção de qualidade pertinente e que as partes afetadas estão autorizadas para retorno ao serviço.**  **Local e Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| EMITIDA SRM | | | ASSINATURA | | | | | APRS CANAC | | ASSINATURA | | | |

Instruções de preenchimento:

1. No modelo de número de ordem serviço deve-se preencher da seguinte forma XX (sequência de numeração no ano) / AA (ano em que a OS está sendo aberta);
2. Caso haja indício de dano oculto, proceder com a inspeção de danos ocultos conforme procedimento do Manual.