

COMANDO DA AERONÁUTICA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E PREVENÇÃO DE
ACIDENTES AERONÁUTICOS



RELATÓRIO FINAL
A - 559/CENIPA/2014

<u>OCORRÊNCIA:</u>	ACIDENTE
<u>AERONAVE:</u>	PT-RCV
<u>MODELO:</u>	EMB-810 C
<u>DATA:</u>	23NOV2007



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 em consonância com o 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 Lesões 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	7
1.13 Informações médicas, ergonômicas e psicológicas.....	7
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 Informações operacionais.....	9
1.19 Informações adicionais.....	9
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	12
3.2.1 Fator Humano.....	13
3.2.2 Fator Operacional.....	13
3.2.3 Fator Material	13
4 RECOMENDAÇÃO DE SEGURANÇA	14
5 AÇÃO CORRETIVA OU PREVENTIVA JÁ ADOTADA	14
6 DIVULGAÇÃO.....	15
7 ANEXOS.....	15

SINOPSE

O presente Relatório Final refere-se ao acidente com a aeronave PT-RCV, modelo EMB-810 C, ocorrido em 23NOV2007, classificado como perda de controle em voo.

Durante o procedimento de arremetida em voo, a aeronave perdeu sustentação, vindo a colidir contra residências próximas ao aeródromo.

O piloto e os três passageiros saíram ilesos.

A aeronave teve danos substanciais.

Não houve a designação de representante acreditado.

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS E ABREVIATURAS

AIS	Serviço de Informação Aeronáutica
ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
ATS	<i>Air Traffic Services</i>
CCF	Certificado de Capacidade Física
CENIPA	Centro de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
CHT	Certificado de Habilitação Técnica
Lat	Latitude
Long	Longitude
POL HG	Polegadas de mercúrio
PPR	Piloto Privado - Avião
SBEG	Designativo de localidade - Aeródromo Eduardo Gomes, MN
SERIPA	Serviço Regional de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
SIPAER	Sistema de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
SWFN	Designativo de localidade - Aero clube de Flores, MN
TO	<i>Technical Order</i>
UTC	<i>Coordinated Universal Time</i>

AERONAVE	Modelo: EMB-810C Matrícula: PT-RCV Fabricante: EMBRAER	Operador: Parintins Táxi-Aéreo Ltda.
OCORRÊNCIA	Data/hora: 23NOV2007 / 12:50 UTC Local: Aeroclube de Flores (SWFN). Lat. 03°04'22"S – Long. 060°01'16"W Município - UF: Manaus - MN	Tipo: Perda de controle em voo

1 INFORMAÇÕES FACTUAIS

1.1 Histórico da ocorrência

A aeronave decolou do Aeroporto Internacional Eduardo Gomes, MN (SBEG) com destino ao Aeroclube de Flores, MN (SWFN).

Na aproximação final para a pista de SWFN, o piloto verificou que as luzes indicadoras do trem de pouso não confirmavam a posição "baixado".

O piloto arremeteu com a finalidade de circular para confirmar a posição do trem de pouso.

Durante o procedimento de arremetida, a aeronave perdeu sustentação, vindo a colidir contra residências localizadas próximas ao aeroclube.

1.2 Danos pessoais

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

1.3 Danos à aeronave

A aeronave teve danos substanciais.

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	29.000:00
Totais nos últimos 30 dias	55:00
Totais nas últimas 24 horas	00:10
Neste tipo de aeronave	3.850:00
Neste tipo nos últimos 30 dias	00:05
Neste tipo nas últimas 24 horas	00:05

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) no Aeroclub de Resende, RJ, em 1975.

1.5.1.2 Validade e categoria das licenças e certificados

O piloto estava com todas as licenças vencidas.

1.5.1.3 Qualificação e experiência de voo

O piloto possuía experiência, mas não estava habilitado para o tipo de voo.

1.5.1.4 Validade da inspeção de saúde

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

1.6 Informações acerca da aeronave

A aeronave, de número de série 810333, foi fabricada pela EMBRAER, em 1980.

O Certificado de Aeronavegabilidade (CA) estava válido.

As cadernetas de célula, motor e hélice estavam com as escriturações atualizadas.

A última inspeção da aeronave, do tipo “100 horas”, foi realizada em 27SET2007 pela oficina Marta Manutenção Aeronáutica, estando com 67 horas voadas após a inspeção.

A última revisão da aeronave, do tipo “1.000 horas”, foi realizada em 24MAR2007 pela Oficina Flores, em Manaus, AM, estando com 408 horas após a revisão.

1.7 Informações meteorológicas

As condições eram favoráveis ao voo visual.

1.8 Auxílios à navegação

Nada a relatar.

1.9 Comunicações

Nada a relatar.

1.10 Informações acerca do aeródromo

O Aeroclub de Flores era público, com pista de asfalto com 799 metros de comprimento e 30 metros de largura, cabeceiras 11/29, a 203 pés de altitude e estava localizado a cerca de três quilômetros do SBEG.

1.11 Gravadores de voo

Não requeridos e não instalados.

1.12 Informações acerca do impacto e dos destroços

A aeronave colidiu contra residências de um bairro próximo ao Aeroclub de Flores e os destroços ficaram concentrados.



Figura 1 – Situação da aeronave no local do acidente.

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

Os passageiros e o piloto saíram da aeronave por meios próprios.

1.16 Exames, testes e pesquisas

Nos testes dos motores realizados em bancada, foi constatado que todos os componentes apresentaram características de operação normal.

A aeronave estava com 1.973kg de peso no momento do acidente, portanto dentro dos limites estabelecidos pelo fabricante.

O CG estava dentro dos limites previstos no Manual de Operações.

1.17 Informações organizacionais e de gerenciamento

Nada a relatar.

1.18 Informações operacionais

A aeronave, que, supostamente, pertencia a Lafir Táxi-Aéreo, era, na verdade, de propriedade da Parintins Táxi-Aéreo.

A empresa Lafir ainda não havia regularizado a transferência junto à ANAC e sequer possuía, na data do acidente, um plano de treinamento para seus pilotos na aeronave Sêneca. Tampouco possuía um plano próprio de manutenção, sendo a manutenção e a tripulação cedidas pela Parintins Táxi-Aéreo.

Foi constatado, por um dos proprietários da Lafir Táxi-Aéreo, que o seu piloto não possuía experiência suficiente em aeronave do tipo Sêneca.

Assim, o dirigente da empresa decidiu convidar um piloto, que não possuía vínculo empregatício com a empresa, para realizar o voo.

O piloto convidado possuía experiência suficiente para a realização do voo na aeronave, mas seus Certificados de Habilitação Técnica (CHT) e de Capacidade Física (CCF) estavam vencidos e havia mais de quatro anos que ele não pilotava esse modelo de aeronave.

Um piloto da empresa compareceu à sala AIS e efetuou a Notificação de Voo em seu nome, uma vez que, o piloto convidado não poderia fazê-lo, por estar com as habilitações vencidas.

A aeronave decolou às 08h40min de SBEG, conduzida pelo piloto convidado, transportando três passageiros com destino a SWFN, cujo tempo previsto de voo era de 05 minutos.

Estavam a bordo, o proprietário da empresa Lafir Táxi Aéreo, sua secretária e outro piloto da empresa.

Após a decolagem, já autorizado a pousar em SWFN, o piloto em comando verificou que as luzes indicadoras do trem de pouso não confirmavam o travamento do mesmo. Nesse momento, foi realizado o cheque de intensidade de luzes e nada se alterou.

As lâmpadas anunciadoras da posição do trem de pouso não são do tipo *press to test* (pressione para testar).

Na página 4-24, do Manual de Operações - 810C/499, revisão número 2, de 10JUL1985, existe o seguinte texto, em seu segundo parágrafo: "*Lembre-se que, quando as luzes de navegação estão acesas, as luzes de posição do trem de pouso diminuem de luminosidade, tornando-se menos visíveis durante o dia*".

Esse tipo de aeronave possuía um espelho, localizado na parede interna da carenagem do motor, que permitia a verificação da posição do trem de pouso, o qual não foi utilizado pelo piloto, que declarou que não se sentia confortável com o seu uso.

Então, o piloto decidiu abortar o procedimento de descida e iniciar uma arremetida para efetuar um tráfego na vertical do aeródromo, quando checaria a posição do trem de pouso.

Neste momento, pediu ao dono da empresa que telefonasse, por celular, para o mecânico que estava em terra, que poderia ajudá-los verificando visualmente a posição do trem de pouso.

Segundo relato dos ocupantes, o piloto em comando efetuou uma curva à direita, abortando o procedimento de pouso.

Um dos passageiros, também piloto, que ocupava o assento traseiro da aeronave, informou que, ao iniciar a curva, ele teve a sensação de que a aeronave não voava de forma sustentada, parecendo que estava meio "boba de asa", e o dono da empresa, que ocupava o assento ao lado do piloto, relatou que a aeronave parecia estar em situação de pouso curto, ou seja, "batendo as asas".

A velocidade da aeronave prevista na perna base era de 98kt, 87kt na aproximação final e 79kt para o cruzamento da cabeceira da pista, com *flaps* a 40 graus.

O procedimento de arremetida no ar, previsto na Lista Condensada de Verificações do Manual de Operação - MO 810C/499, Rev. 06, de 20DEZ2001, da aeronave, previa a aplicação máxima dos motores a 40 Pol. Hg, estabelecimento de uma razão positiva de subida, recolhimento dos *flaps*, recolhimento do trem de pouso e ajuste dos *flaps* de refrigeração.

O piloto em comando relatou que a aeronave guinou para a esquerda antes que ele efetivamente iniciasse a arremetida, levando os manetes dos motores à frente e que sentiu que o motor esquerdo não havia "entrado", e que, devido à baixa altura em que voavam, decidiu efetuar o procedimento de corte do motor esquerdo em voo.

Alegou, ainda, ter sentido uma forte guinada, o que o levou a perceber a falha do motor esquerdo.

No entanto, nem o dono da empresa, que ocupava o assento dianteiro direito, nem o piloto que ocupava o assento traseiro, sentiram essa guinada.

Os testes realizados nos componentes dos motores, após o acidente, pela investigação, constatarem que eles funcionavam normalmente.

O *check-list* que se encontrava na aeronave correspondia à aeronave Sêneca III, apesar de a aeronave em questão ser do modelo Sêneca II.

O dono da empresa, que estava sentado ao lado do piloto, e o piloto que estava sentado no assento de trás da aeronave reportaram que o piloto atuou de forma rápida nos manetes, o que poderia ter "engasgado" o(s) motor (es) (na verdade seria uma ocorrência de *overboost*).

Na página 3-7 da TO da aeronave, havia uma orientação preconizando que os manetes deveriam ser avançados suavemente.

Durante a entrevista, o piloto em comando disse ter feito os procedimentos memorizados do corte do motor, sem utilizar o *check-list*.

Ligou as bombas auxiliares de combustível, ação não recomendada, exceto no caso de falha das bombas de combustível dos motores (segundo a página E3 do *check-list* de procedimentos emergência da aeronave.).

Logo após ligar a bomba auxiliar de combustível e não obter um melhor funcionamento do motor, o piloto decidiu ligar a *cross feed* (alimentação cruzada).

Na página 3-10 da TO, no campo "Advertência", existia a orientação: "*Não ligue os interruptores das bombas de combustível, a não ser que haja necessidade de eliminar vapor (posição LO) ou ocorra falha da bomba de combustível do motor (posição HI)*".

"O posicionamento do interruptor da bomba auxiliar em HI, quando o motor estiver operando normalmente, pode causar funcionamento áspero do motor e/ou perda de potência."

O piloto pediu aos dois passageiros que estavam sentados na parte de trás da aeronave para que passassem para os assentos à frente.

O trem de pouso permaneceu baixado, segundo o piloto, por estar à baixa altura, não tendo tido tempo de recolhê-los, procedimento que estava previsto no *check-list*.

Antes do toque no telhado das casas, segundo julgamento do piloto, ele cortou os magnetos, comandou os *flaps* para 10 graus e atuou nos comandos de profundor (realizou uma forte "cabrada" da aeronave), para que houvesse o toque da cauda contra os obstáculos.

A aeronave tendeu a girar, perdeu altitude e colidiu contra as residências.

1.19 Informações adicionais

Nada a relatar.

1.20 Utilização ou efetivação de outras técnicas de investigação

Não houve.

2 ANÁLISE

As condições meteorológicas eram favoráveis para a realização do voo.

Os testes realizados nos componentes dos motores, após o acidente, constataram que eles funcionavam normalmente.

O piloto tinha experiência para a realização do voo, porém estava com as licenças e o CCF vencidos e fazia mais de quatro anos que não pilotava esse modelo de aeronave.

Por não estar familiarizado com a operação do Sêneca II, o piloto não considerou a particularidade do projeto da aeronave, em relação às luzes de advertência da posição do trem de pouso, que diminuía de intensidade quando as luzes de navegação são ligadas, dificultando a sua visualização no período diurno.

O piloto também não utilizou o espelho localizado na carenagem interna do motor, que permitiria a verificação visual da posição dos trens de pouso.

Por não ter certeza da posição exata dos trens de pouso, o piloto decidiu arremeter e deixou de utilizar o *check-list*, fazendo os procedimentos correspondentes através da sua memória.

A sequência da realização dos procedimentos é fundamental para o sucesso de uma arremetida, e o piloto não cumpriu o primeiro e mais importante item, que consistia de levar os manetes de aceleração dos motores à frente de forma suave e, após adquirir condições de voo, recolher os *flaps* e o trem de pouso.

O piloto deixou de recolher o trem de pouso, ocasionando um maior arrasto e prejudicando as condições de voo da aeronave.

Pelo relato do piloto que estava a bordo e do dono da aeronave, pode-se inferir que o piloto iniciou a arremetida com curva à esquerda, sem dar potência nos motores, permitindo que a aeronave diminuísse a velocidade, vindo a perder sustentação.

Durante o procedimento de arremetida, o piloto julgou que havia um mau funcionamento do motor esquerdo e ligou as bombas auxiliares de combustível.

Provavelmente, ao ligar as bombas auxiliares, o piloto não verificou o fluxo de combustível. Se houvesse uma pane relacionada ao fluxo de combustível, o motor teria voltado a funcionar corretamente.

Como ele mesmo disse que isso não ocorreu, o motor, na realidade, não apresentava qualquer mau funcionamento.

Ao ligar a bomba auxiliar de combustível e ter levado os manetes à frente rapidamente, a aeronave pode ter apresentado um *overboost*, resultando na perda de potência do motor.

Após ter ligado a bomba auxiliar de combustível e não ter obtido um melhor funcionamento do motor, o piloto decidiu ligar a *cross feed*.

Logo em seguida, percebendo que a aeronave continuava sem sustentação para continuar o voo, informou aos passageiros que iria efetuar um pouso de emergência.

Com o objetivo de deslocar o CG da aeronave mais para frente, o piloto solicitou que os dois passageiros, que estavam sentados na parte de trás da aeronave, passassem para os bancos a frente.

Na iminência da colisão, o piloto “cabrou” a aeronave, provocando o toque inicial da cauda contra os obstáculos.

3 CONCLUSÃO

3.1 Fatos

- a) o piloto possuía experiência, mas estava com as licenças vencidas;
- b) o piloto estava com CCF vencido;
- c) havia mais de 04 anos que o piloto não operava esse modelo de aeronave;
- d) outro piloto da empresa compareceu à sala AIS e efetuou a notificação de voo em seu nome;
- e) as condições meteorológicas eram favoráveis para a realização do voo;
- f) os testes realizados, após o acidente, identificaram que todos os componentes dos motores funcionavam normalmente.
- g) na aproximação final, o piloto julgou que as luzes indicadoras do trem de pouso não confirmavam o travamento do mesmo;
- h) quando as luzes de navegação estão acesas, as luzes de posição do trem de pouso diminuem sua luminosidade, tornando-se menos visíveis durante o dia;
- i) o piloto desconsiderou a existência do espelho na carenagem interna do motor, que permitiria a verificação visual da posição dos trens de pouso;

- j) por não ter certeza da posição exata do trem de pouso, o piloto resolveu arremeter;
- k) realizou os procedimentos de arremetida sem consultar o *check-list* da aeronave;
- l) o piloto iniciou a arremetida com curva à esquerda, sem aumentar a potência do motor, o que provocou a diminuição da velocidade da aeronave;
- m) o piloto julgou que havia um mau funcionamento do motor esquerdo e ligou as bombas auxiliares de combustível;
- n) o piloto deixou de recolher o trem de pouso da aeronave;
- o) percebendo que a aeronave continuava sem sustentação necessária para a manutenção do voo, informou aos passageiros que iria efetuar um pouso de emergência; e
- p) a aeronave colidiu contra casas, em um bairro residencial próximo ao Aeroclube.

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.

3.2.2 Fator Operacional

3.2.2.1 Concernentes a operação da aeronave

a) Aplicação dos comandos – contribuiu

O piloto deixou de recolher o trem de pouso, ocasionando um maior arrasto, prejudicando as condições de voo da aeronave, permitindo que a velocidade diminuísse, vindo a perder a sustentação.

b) Esquecimento do piloto – contribuiu

O piloto, ao realizar vários procedimentos sem consultar o *check-list*, entre eles, o de ligar a bomba auxiliar, provocou o *overboost* do motor esquerdo. Tal ação é alvo de "advertência" no *check-list* da aeronave. Além disso, deixou de considerar a existência do espelho na carenagem do motor, que lhe permitiria confirmar visualmente a posição do trem de pouso.

c) Indisciplina de voo – contribuiu

O piloto deixou de cumprir os regulamentos, ao realizar o voo com as licenças e CCF vencidos e utilizar o código ANAC de outro piloto, a fim de transmitir a notificação do voo.

d) Instrução – indeterminado

É provável que o piloto não tenha tido uma formação adequada no tipo de aeronave, pois desconhecia que, quando as luzes de navegação estão acesas, as luzes de posição do trem de pouso diminuem de luminosidade, tornando-se menos visíveis durante o dia.

e) Julgamento de Pilotagem – contribuiu

O piloto concluiu que o motor esquerdo estava em pane, quando, na verdade, a aeronave estava perdendo sustentação.

3.2.2.2 Concernentes aos órgãos ATS

Não contribuiu.

3.2.3 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

Medida de caráter preventivo ou corretivo emitida pela Autoridade de Investigação SIPAER, ou por um Elo-SIPAER, para o seu respectivo âmbito de atuação, visando eliminar o perigo ou mitigar o risco decorrente de uma condição latente, ou de uma falha ativa, resultado da investigação de uma ocorrência aeronáutica, ou de uma ação de prevenção, e que em nenhum caso, dará lugar a uma presunção de culpa ou responsabilidade civil.

Em consonância com a Lei nº 12.970/2014, as recomendações são emitidas unicamente em proveito da segurança operacional da atividade aérea.

O cumprimento da Recomendação de Segurança será de responsabilidade do detentor do mais elevado cargo executivo da organização à qual a recomendação foi dirigida. O destinatário que se julgar impossibilitado de cumprir a Recomendação de Segurança recebida deverá informar ao CENIPA o motivo do não cumprimento.

Recomendações de Segurança emitidas pelo CENIPA:**À Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), recomenda-se:****A-559/CENIPA/2014 – 001****Emitida em: 12/06/2014**

Divulgar o conteúdo deste relatório em seminários, simpósios, palestras e atividades afins voltadas aos operadores regulados pelo RBAC 135.

A-559/CENIPA/2014 – 002**Emitida em: 12/06/2014**

Tendo em vista todas as condições latentes reportadas no conteúdo deste relatório, intensificar a fiscalização na Lafir Táxi-Aéreo e na Parintins Táxi-Aéreo.

5 AÇÃO CORRETIVA OU PREVENTIVA JÁ ADOTADA

–Foi realizada, nos dias 29 e 30 de novembro de 2007, uma Vistoria de Segurança de Voo (VSV) na empresa Parintins Táxi-Aéreo pelo SERIPA VII.

6 DIVULGAÇÃO

- Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC);
- Parintins Táxi-Aéreo Ltda.;
- Lafir Táxi-Aéreo Ltda.; e
- SERIPA VII.

7 ANEXOS

Não há.

Em, 12/ 06 / 2014.