|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **LITENS SRC NO.**  (Preenchido pela Litens) | |  | |
| **① FORNECEDOR E INFORMAÇÃO DA PEÇA/PRODUTO (para todos os tipos de mudanças)** | | | | | | | | |
| NOME / ENDEREÇO / E-MAIL DO FORNECEDOR: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| CÓDIGO(S) DO FORNECEDOR: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Nº PEÇA/PRODUTO LITENS: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| REDUÇÃO DE CUSTO | | | Sim | Não | |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **② TIPO DE MUDANÇA – EQUIPAMENTO ADICIONAL PARA AUMENTAR A CAPACIDADE** | | |
| ***Sim*** | ***Não*** | Adição de Equipamento para aumentar a capacidade. (Nota: Este novo equipamento é idêntico ao equipamento que foi previamente aprovado pela Litens durante o PPAP para a produção do(s) componente(s) afetado(s) por essa alteração). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **③ TIPO DE MUDANÇA – PEÇAS DE PRODUÇÃO / PROCESSO** | | | |
| Sim | Não | Novo equipamento (equipamento diferente do qual foi aprovado anteriormente pela Litens para a produção do(s) componente(s) afetado(s) por esta alteração). | |
| Sim | Não | Alteração no Processo de Manufatura | |
| Sim | Não | Alteração do Local. Se sim, completar campo: **④** | |
| Sim | Não | Alteração de Projeto iniciado pelo Fornecedor | |
| Sim | Não | Alteração de Material | |
| Sim | Não | Outros | (Descrever) |
| Sim | Não | Tratamento Superficial Afetado | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **④ MUDANÇA DE LOCAL / PLANTA** | | |
| Sim | Não | Mudança de Planta de Fornecedor da Litens (Tier 1) |
| Sim | Não | Mudança de Planta do Subfornecedor da Litens (Tier 2) |
| NOME E ENDEREÇO DA NOVA LOCALIZAÇÃO / PLANTA: | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **⑤ OBJETIVO E DESCRIÇÃO DA MUDANÇA (fornecer detalhes completos incluindo o tempo).**  ***NOTA****: Se for necessário o envio de anexos certifique-se que estão incluídos no mesmo e-mail no qual será enviado o formulário SRC para Litens.* |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **⑥ PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MUDANÇA, APLICÁVEL PARA TODAS AS MUDANÇAS** | | | | | | | | | | | |
|  | | **FORNECEDOR: COMPLETAR O PLANO DE IMPEMENTAÇÃO DE MUDANÇAS A SEGUIR** | | | | | | | | | |
|  | | Necessário para esta mudança?  (Sim ou Não) | |  | Responsável |  | Data de  Conclusão Planejada | |  | | Comentários |
| Layout Fornecedor/Detalhes/Desenhos | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Comparação de tolerância de componentes | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Desenho de instalação do Fornecedor | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Especificação de Engª do Fornecedor engineering specification | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Especificação do Material | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| DFMEA Componente do Fornecedor | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| DFMEA do Sistema do Fornecedor | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Teste(s) DV do componente do Fornecedor | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Diagrama de Fluxo do Processo | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| PFMEA\*\* Componente do Fornecedor | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| PFMEA do Sistema do Fornecedor | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Folha de Processo | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Folha de Instrução do Operador | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Revisão de Gauge | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Plano de Controle | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Estudo de R&R Gauge | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Plano de Testes PV \*\* | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Corrida de Produção do Fornecedor | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Efeito no Fornecedor + Tier 2 | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Logística / Entrega | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Revisões de Ferramentas / movimentos | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Mudanças nas instalações | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Estoque/Necessário inventário? \*\* | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Submissão de PPAP | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Realizar teste funcional do PPAP da Litens | |  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| *Todos os itens listados acima devem ser revistos durante a elaboração do plano de implementação da mudança, no entanto, os itens marcados \*\* devem ser concluídos, revisados e atualizados antes da apresentação do SRC para garantir a implementação da mudança robusta em apoio à data proposta abaixo.* | | | | | | | | | | | |
| ***Afirmo que qualquer informação acima e anexos descrevem completamente e com precisão a mudança proposta. Nenhuma alteração será implementada sem a aprovação da Litens.***  **Nota: Este formulário é para solicitar / sugerir modificações e não é a aprovação para a mudança**. | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | Cargo: | | | | | E-Mail: | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |
| Telefone: | | | Data proposta para implementação da alteração: | | | | | Aprovação do fornecedor da solicitação de modificação do subfornecedor | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |
| ENVIADO P/ CONTATO LITENS: | Nome: | |  | | | | | DATA: | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A aprovação desta solicitação será concedida com o entendimento de que é de natureza consultiva e de que nenhum modo muda a responsabilidade original do fornecedor de assegurar que todas as características, designados na especificação de engenharia aplicáveis e / ou inerente às amostras, como inicialmente testadas e aprovadas, são mantidas. O Fornecedor assume total responsabilidade pelas mudanças ou tipo de mudanças listadas acima. Se essas alterações resultarem em um menor desempenho satisfatório do que o aprovado originalmente, o Fornecedor reembolsará integralmente para a Litens todas as despesas incorridas para corrigir a deficiência.* | | | | | | | | | | | | |
| Seções de ⑦ a ⑩ serão preenchidas pela Litens  Nota: Se o tipo de mudança indicado no campo ② for “Sim”, então somente a seção ⑩ necessita ser preenchida pelo Gerente de Ferramental da Litens. Caso contrário, as seções ⑦ até ⑩ devem ser preenchidas pelo Comprador e Diretor / Gerente de Compras da Litens. | | | | | | | | | | | | |
| **⑦ ANÁLISE DE COMPRAS** | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO COMPRADOR (Impresso): | | | | | ASSINATURA: | | | | | DATA: | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| PROGRAMA(S) / CLIENTE(S) AFETADOS: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| PLANTA(S) AFETADAS: | | | 730 LAP | | 150 LAP | | LAG | LAC | | LASA | | LAI |
| CUSTO: | Maior | | Menor | | Não Muda | | |  | |  | |  |
| PEÇA / PRODUTO PRODUZIDO: | | | | SERVIÇOS DA PEÇA: | | | | | PEÇA DE AFTERMARKET: | | | |
| Sim | | Não | | Sim | | Não | | | Sim | | Não | |
| DURAÇÃO DO PROGRAMA: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| RECOMENDAÇÃO: | | | Recomendado | | | | Não Recomendado | | |  | |  |
| RAZÕES: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **⑧ ANÁLISE DO GERENTE / DIRETOR DE COMPRAS** | | | | |
| NOME DO GERENTE / DIRETOR (Impresso): | | | ASSINATURA: | DATA: |
|  | | |  |  |
| AÇÃO: | Reprovado | | Encaminhar a Comissão | Aprovado |
| COMENTÁRIOS: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| DATA DA REUNIÃO: | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **⑨ COMITE DE ANÁLISE / APROVAÇÃO DO SRC** | | | | | | | | | | |
| Depart. | Entrada necessária? | | Nome | | Data revisão | Aprovação Inicial | | | | Comentários |
| Sim | Não | | |
| PE | Sim | Não |  | |  |  |  | | |  |
| QA | Sim | Não |  | |  |  |  | | |  |
| SMG | Sim | Não |  | |  |  |  | | |  |
| MFE | Sim | Não |  | |  |  |  | | |  |
| PU | Sim | Não |  | |  |  |  | | |  |
| Outros (especif.) | Sim | Não |  | |  |  |  | | |  |
| Requer aprovação cliente? | Sim | Não | Comentários: | | | | | | | |
| DECISÃO | REPROVADO | |  | RETORNADO PARA CONSIDERAÇÃO | | | |  | APROVADO (PE inicia a ECO no Agile) | |
| COMENTÁRIOS: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **⑩ AÇÕES DO COMPRADOR / GERENTE DE FERRAMENTAL** | | |
| NOME COMPRADOR/GERENTE FERRAMENTAL: | DATA: | Nº ECO: |
|  |  |  |
| *NECESSÁRIO TRANSMITIR O STATUS DE APROVAÇÃO / REQUISITOS DO PPAP / REQUISITOS DE TESTES FUNCIONAL / QUANTIDADE / DATAS PARA O FORNECEDOR* | | |
| OUTROS COMENTÁRIOS ou AÇÕES NECESSÁRIAS PELO FORNECEDOR: | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **⑪** **ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES / REVISÃO SECUNDÁRIA (SE NECESSÁRIO)** |
|  |