|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **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 deConclusão 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 LitensNota: 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)** |
|       |