

MINISTÉRIO DA AERONÁUTICA
COMANDO DE DEFESA AEROESPACIAL BRASILEIRO

OCORRÊNCIA COM TRÁFEGO HOTEL

1. DA OCORRÊNCIA

Data (-): 10 - 04 - 15 Hora (-): 02 : 10 : 12 Tempo da duração (-): 01:10

Local da ocorrência (Bairro..., Praia de..., Morro..., etc.): Setor SW do VOR
BSI

Município (Distrito, etc.- se for o caso.): BRASILIA UF DF

Tipo (avistamento, contato imediato, etc.): AVISTAMENTO

Observação feita com equipamento(s)? (s/n): N Se sim, qual(is): NIL

Existe registro ou provas físicas? (s/n): N Se sim, detalhar (foto, vídeo, filme, fita, etc.)
NIL

Visibilidade (-): _____ Condições meteorológicas (céu aberto, claro, chuva, neblina
nuvens, etc.): CÉU ABERTO

2. DO(S) OBJETO(S)

Quantidade: 01 Se mais de 1, qual a distância entre eles? (-): NIL

(Se mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo "4" (OBSERVAÇÕES)
os itens abaixo para cada visualização.)

Forma: ARREDONDADA Tamanho: NIL

Cor: VARIAS CORES Velocidade: NIL

Distância em relação ao observador (-): NIL Altitude (-): NIL

Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.): DESLOCANDO

Trajectória (de norte para sul, etc.): DE NORDESTE PARA SUDESTE

Posição em relação aos pontos cardeais (azimute): AZIMUTE 220, APROXIMADAMENTE

Emitindo som (s/n): N Intensidade (fraco, forte, etc.): NIL

Tipo de som (zunido, apito, etc.): NIL

Deixando rastro (s/n): N Se sim, normal / anormal: NIL

Tipo (condensação, fumaça, etc.): Luz Coloração (claro, escuro, etc.): CLARO

3. DO(S) OBSERVADOR(ES)

Quantidade: 05 Nome (de quem comunicou a ocorrência): CAP [REDACTED]

Endereço para contato (Rua/Av., n.º, apart.): [REDACTED]

Bairro: [REDACTED] Cidade/UF: BRASILIA UF DF CEP: [REDACTED]

(-) Preencher com dois dígitos para cada espaço.

(-) Especificar a unidade de medida.

MINISTÉRIO DA AERONÁUTICA
COMANDO DE DEFESA AEROESPACIAL BRASILEIRO

OCORRÊNCIA COM TRÁFEGO HOTEL

1. DA OCORRÊNCIA

Data (-): 10 - 09 - 15 Hora (-): 02 : 10 : 12 Tempo da duração (-): 01:10

Local da ocorrência (Bairro..., Praia de..., Morro..., etc.): Setor SW do VOR
BSI

Município (Distrito, etc.- se for o caso.): BRASILIA UF DF

Tipo (avistamento, contato imediato, etc.): AVISTAMENTO

Observação feita com equipamento(s)? (s/n): N Se sim, qual(is)? NIL

Existe registro ou provas físicas? (s/n): N Se sim, detalhar (foto, vídeo, filme, fita, etc.)
NIL

Visibilidade (-): _____ Condições meteorológicas (céu aberto, claro, chuva, neblina, nuvens, etc.): CÉU ABERTO

2. DO(S) OBJETO(S)

Quantidade: 01 Se mais de 1, qual a distância entre eles? (-): NIL

(Se mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo "4" (OBSERVAÇÕES) os itens abaixo para cada visualização.)

Forma: ARREDONDADA Tamanho: NIL

Cor: VARIAS CORES Velocidade: NIL

Distância em relação ao observador (-): NIL Altitude (-): NIL

Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.): DESLOCANDO

Trajetória (de norte para sul, etc.): DE NORDESTE PARA SUDESTE

Posição em relação aos pontos cardeais (azimute): AZIMUTE 220, APROXIMADAMENTE

Emitindo som (s/n): N Intensidade (fraco, forte, etc.): NIL

Tipo de som (zunido, apito, etc.): NIL

Deixando rastro (s/n): N Se sim, normal / anormal: NIL

Tipo (condensação, fumaça, etc.): Luz Coloração (claro, escuro, etc.): CLARO

3. DO(S) OBSERVADOR(ES)

Quantidade: 05 Nome (de quem comunicou a ocorrência): CAP [REDACTED]

Endereço para contato (Rua/Av., n.º, apart.): [REDACTED]

Bairro: [REDACTED] Cidade/UF: BRASILIA UF DF CEP: [REDACTED]

(-) Preencher com dois dígitos para cada espaço.

(-) Especificar a unidade de medida.

Telefone, (DDD): () FAX: ()
Idade: anos. Profissão (ocupação principal): MILITAR
Escolaridade: SUPERIOR Completo
Possui conhecimentos técnicos sobre OVNI? (s/n): N Qual: NIL
Pertence a alguma organização que se dedique a estudar ou observar OVNI? (s/n): NÃO
Caso positivo, qual? (nome): NIL
(endereço):
(DDD, telefone, CEP, etc.):

4. OBSERVAÇÕES

(Relatar o que julgar necessário e a complementação do campo "2", se houver.)

FOI REALIZADO CONTATO TELEFÔNICO COM O
APP-BR E ESTE ORPA QUESTIONOU A ALGU-
MAS ACFT'S QUE VOAVAM NA REGIÃO, MAS
NINGUÉM VIU O FATO RELATADO PELO CAP
[REDACTED]

4

5. DA COMUNICAÇÃO A UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR (OM) DO MAER

Data da comunicação (-): 10 - 04 - 15 Hora (-): 03 : 20 12
Quem recebeu (Posto/Grad., Nome): 15 [REDACTED] OM: CINQUETAL

(-) Preencher com dois dígitos para cada espaço.