

ANEXO C
FICHA DE CONTROLE DE TRÁFEGO HOTEL
COMANDO DA AERONÁUTICA
COMANDO DE OPERAÇÕES AEROESPACIAIS

OCORRÊNCIA DE TRÁFEGO HOTEL

--	--	--	--	--	--	--

(Preenchimento pelo COMAE)

1 DA OCORRÊNCIA			
Data:	08/12/19	Hora (Z):	0000
Tempo da duração:		5 min	
Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):			
Município (distrito, etc. se for o caso):			UF:
CURITIBA / FLORIANÓPOLIS			PR / SC
Tipo (avistamento, contato imediato etc):		AVISTAMENTO	
Observação feita com equipamentos (s)? (S/N):		N Se sim Qual(is)	
Existe registro ou provas físicas? (s/n):			
S		Se sim, detalhar(foto, video, filme, fita, etc)	
FOTO			
Visibilidade:		CAVOK	
Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc):			
2 DO(S) OBJETO(S)			
Quantidade:	13	Se mais de 1, qual a distância entre eles?	NÃO SABE
(Se for mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo (OBSERVAÇÕES) os itens de cada visualização.)			
Forma:	"ESTRELA"	Tamanho:	NÃO SABE
Cor:	BRANCA	Velocidade:	NÃO SABE
Distância em relação ao observador:		Altitude:	
NÃO SABE		3000	
Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):		DESLOCANDO	
Trajetória (de norte para sul, etc):			
Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):			
Emitindo som (s/n):	NÃO	Intensidade (fraco, forte, etc.):	
Tipo de som (zunido, apito, etc):			
Deixando rastro (s/n):			
NÃO		Coloração (claro, escuro, etc.):	
Fenômenos paralelos? (estampidos, queda de energia elétrica, movimento brusco de ar, interferência em equipamentos eletrônicos, etc.)			
3 DO(S) OBSERVADOR(ES)			
Quantidade:	5	Nome (de quem comunicou a ocorrência):	
Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):			
Bairro:		Cidade/UF:	CEP:
Telefone(DDD):		FAX:	
Idade:		Profissão (Ocupação principal):	
Escolaridade:			
Possui conhecimentos técnicos de aviação?		SIM, PILOTO (COMANDANTE)	
Possui conhecimentos técnicos sobre Meteorologia?		SIM	
Possui conhecimentos técnicos sobre OVNI? (s/n):		NÃO	QUAL:
Pertence a alguma organização que se dedique a estudar ou observar OVNI? (s/n):			
Caso positivo, qual? (nome):			
(DDD, telefone, CEP, etc.):			
Endereço:			
OBSERVAÇÕES (Relatar o que julgar necessário e a complementação no campo "2", se houver.)			
4 DA COMUNICAÇÃO A UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR (OM) DA AERONÁUTICA			
Data da comunicação:	08/12/19	Hora (Z):	0043
Quem recebeu(Posto/Grad., Nome):		OM:	CDW DACTA II