

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:                                                                                            | 23/10/22 | Hora (Z): | 01:40 Z        | Tempo da duração: | 10 a 15 segundos |
| Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):                                        |          |           | PROXIMO A SBFZ |                   |                  |
| Município (distrito, etc. se for o caso):                                                        |          |           |                |                   | UF:              |
| Tipo (avistamento, contato imediato etc):                                                        |          |           | AVISTAMENTO    |                   |                  |
| Observação feita com equipamentos (s)? (S/N):                                                    |          |           | NAO            |                   |                  |
| Se sim Qual(is):                                                                                 |          |           | —              |                   |                  |
| Existente registro ou provas físicas? (s/n):                                                     |          |           | SIM            |                   |                  |
| Se sim, detalhar (foto, video, filme, fita, etc)                                                 |          |           | VIDEO          |                   |                  |
| Visibilidade: CAVOK                                                                              |          |           |                |                   |                  |
| Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc): |          |           |                |                   |                  |
| VISUAL COM TERRENO, CEU ESTRELADO                                                                |          |           |                |                   |                  |

2 DO(S) OBJETO(S)

|                                                                                                                                       |                |                                            |                                |                                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Quantidade:                                                                                                                           | 2              | Se mais de 1, qual a distância entre eles? | 10 CM EM RELAÇÃO AO PARABRISA  |                                   |                     |
| (Se for mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo (OBSERVAÇÕES))                                         |                |                                            |                                |                                   |                     |
| os itens de cada visualização.)                                                                                                       |                |                                            |                                |                                   |                     |
| Forma:                                                                                                                                | LUZ            | Tamanho:                                   | TAMANHO JUPITER                |                                   |                     |
| Cor:                                                                                                                                  | AMARELO/BRANCO | Velocidade:                                | LENTA DE DIREITA PARA ESQUERDA |                                   |                     |
| Distância em relação ao observador:                                                                                                   |                | NO HORIZONTE                               |                                | Altitude:                         | F 380 SUBINDO F 430 |
| Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):                                                                                |                | LUZ FAZENDO CIRCUITO                       |                                |                                   |                     |
| Trajetória (de norte para sul, etc):                                                                                                  |                | DIREITA PARA ESQUERDA                      |                                |                                   |                     |
| Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):                                                                                     |                | NORTE                                      |                                |                                   |                     |
| Emitindo som (s/n):                                                                                                                   |                | —                                          |                                | Intensidade (fraco, forte, etc.): | NÃO MUITO FORTE     |
| Tipo de som (zunido, apito, etc):                                                                                                     |                | —                                          |                                |                                   |                     |
| Deixando rastro (s/n):                                                                                                                |                | —                                          |                                |                                   |                     |
| Tipo (condensação, fumaça, etc.):                                                                                                     |                | LUZ (FAROL)                                |                                | Coloração (claro, escuro, etc.):  | AMARELADO           |
| Fenômenos paralelos? (estampidos, queda de energia elétrica, movimento brusco de ar, interferência em equipamentos eletrônicos, etc.) |                |                                            |                                |                                   |                     |

3 DO(S) OBSERVADOR(ES)

|                                                                                 |            |                                        |            |      |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------|------------|------|---|
| Quantidade:                                                                     | 2          | Nome (de quem comunicou a ocorrência): | [REDACTED] |      |   |
| Endereço para contato (Rua/Av., nº, apart.):                                    |            |                                        |            |      |   |
| Bairro:                                                                         | —          | Cidade/UF:                             | —          | CEP: | — |
| Telefone(DDD):                                                                  | [REDACTED] | FAX:                                   | —          |      |   |
| Idade:                                                                          | 42         | Profissão (Ocupação principal):        | [REDACTED] |      |   |
| Escolaridade:                                                                   |            | SUPERIOR                               |            |      |   |
| Possui conhecimentos técnicos de aviação?                                       |            | SIM                                    |            |      |   |
| Possui conhecimentos técnicos sobre Meteorologia?                               |            | SIM                                    |            |      |   |
| Possui conhecimentos técnicos sobre OVNI? (s/n):                                |            | NAO                                    |            |      |   |
| 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.) |
| DUAS LUZES AVISTADAS NO HORIZONTE DA AERONAVE FAZENDO CIRCUITO. APARECIAM A CADA 1 MINUTO E DURAVA DE 10 A 15 SEGUNDOS. COR AMARELA/BRANCO. DESDE SBFZ A SBJV |                                                                               |

4 DA COMUNICAÇÃO A UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR (OM) DA AERONÁUTICA

|                                   |            |           |            |
|-----------------------------------|------------|-----------|------------|
| Data da comunicação:              | 23/10/22   | Hora (Z): | 02:12 Z    |
| Quem recebeu (Posto/Grad., Nome): | [REDACTED] | OM:       | CINDACTA 2 |