

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:                                                                                            | 09/11/22    | Hora (Z): | 03:00Z                                           | Tempo da duração: | 03:30 hrs. |
| Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):                                        |             |           |                                                  |                   |            |
| Durante todo o voo                                                                               |             |           |                                                  |                   |            |
| Município (distrito, etc. se for o caso):                                                        | SBSP a SBPA |           |                                                  |                   | UF:        |
| 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 |                   |            |
| Visibilidade: Muito Boa                                                                          |             |           |                                                  |                   |            |
| Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc): |             |           |                                                  |                   |            |
| Céu Aberto, pouca nebulosidade.                                                                  |             |           |                                                  |                   |            |

2 DO(S) OBJETO(S)

|                                                                                                                                           |           |                                            |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|----------------------|
| Quantidade:                                                                                                                               | 3         | 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:                                                                                                                                    | Redondela | Tamanho:                                   | Estrela              |
| Cor:                                                                                                                                      | Branca    | Velocidade:                                | Deslocamento rápido. |
| Distância em relação ao observador:                                                                                                       |           | Não sabe.                                  |                      |
| Altitude:                                                                                                                                 |           | Mais alta que FL360                        |                      |
| Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):                                                                                    |           | Deslocando.                                |                      |
| Trajetória (de norte para sul, etc):                                                                                                      |           | Oeste para leste.                          |                      |
| Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):                                                                                         |           | Oeste para leste.                          |                      |
| Emitindo som (s/n):                                                                                                                       | Não.      |                                            |                      |
| Intensidade (fraco, forte, etc.):                                                                                                         |           |                                            |                      |
| Tipo de som (zunido, apito, etc):                                                                                                         |           |                                            |                      |
| Deixando rastro (s/n): Não                                                                                                                |           |                                            |                      |
| Tipo (condensação, fumaça, etc.):                                                                                                         |           | Coloração (claro, escuro, etc.):           |                      |
| Fenômenos paralelos? (estampidos, queda de energia elétrica, movimento brusco de ar, interferência em equipamentos eletrônicos, etc.) Não |           |                                            |                      |

3 DO(S) OBSERVADOR(ES)

|                                                                                 |            |                                        |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------|------------|
| Quantidade:                                                                     | 7          | Nome (de quem comunicou a ocorrência): | [REDACTED] |
| Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):                                     |            |                                        |            |
| Bairro:                                                                         | [REDACTED] | Cidade/UF:                             | [REDACTED] |
| Telefone(DDD):                                                                  | [REDACTED] | FAX:                                   | [REDACTED] |
| Idade:                                                                          | 30         | Profissão (Ocupação principal):        | [REDACTED] |
| Escolaridade: 2º Grau.                                                          |            |                                        |            |
| Possui conhecimentos técnicos de aviação?                                       |            | Sim                                    |            |
| 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): |            | Não                                    |            |
| Caso positivo, qual? (nome):                                                    |            |                                        |            |
| (DDD, telefone, CEP, etc.):                                                     |            |                                        |            |
| Endereço:                                                                       |            |                                        |            |

OBSERVAÇÕES

(Relatar o que julgar necessário e a complementação no campo "2", se houver.)

GOI [REDACTED]

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

|                                  |            |           |             |
|----------------------------------|------------|-----------|-------------|
| Data da comunicação:             | 09/11/22   | Hora (Z): | 03:17 Z.    |
| Quem recebeu(Posto/Grad., Nome): | [REDACTED] | OM:       | CINDACTA 2. |