

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:                                                                                            | 25/11/22 | Hora (Z):                                       | 0207Z           | Tempo da duração: | 30 MINUTOS |
| Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):                                        |          |                                                 |                 |                   |            |
| LITORAL DO PARANÁ - TRAVÉS DE CURITIBA/PR                                                        |          |                                                 |                 |                   |            |
| Município (distrito, etc. se for o caso):                                                        | NIL      |                                                 |                 |                   | UF: PR     |
| Tipo (avistamento, contato imediato etc):                                                        |          | AVISTAMENTO                                     |                 |                   |            |
| Observação feita com equipamentos (s)? (S/N):                                                    |          | N                                               | Se sim Qual(is) |                   | NIL        |
| Existe registro ou provas físicas? (s/n):                                                        |          |                                                 |                 |                   |            |
| NIL                                                                                              |          | Se sim, detalhar(foto, vídeo, filme, fita, etc) |                 |                   |            |
| Visibilidade:                                                                                    | 9999     |                                                 |                 |                   |            |
| Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc): |          |                                                 |                 |                   |            |
| CAVOK                                                                                            |          |                                                 |                 |                   |            |

2 DO(S) OBJETO(S)

|                                                                                                                                       |                |                                            |                                  |     |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------|----------------------------------|-----|-------------------|
| Quantidade:                                                                                                                           | 3              | Se mais de 1, qual a distância entre eles? | IMENSURÁVEL                      |     |                   |
| (Se for mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo (OBSERVAÇÕES) os itens de cada visualização.)          |                |                                            |                                  |     |                   |
| Forma:                                                                                                                                | REDONDO        | Tamanho:                                   | COMO UMA ESTRELA                 |     |                   |
| Cor:                                                                                                                                  | BRANCA/LARANJA | Velocidade:                                | IMENSURÁVEL                      |     |                   |
| Distância em relação ao observador:                                                                                                   |                | FORA DA ATMOSFERA                          | Altitude:                        |     | FORA DA ATMOSFERA |
| Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):                                                                                |                |                                            |                                  |     |                   |
| ZIGUE-ZAGUE                                                                                                                           |                |                                            |                                  |     |                   |
| Trajetória (de norte para sul, etc):                                                                                                  |                | ESTÁTICO                                   |                                  |     |                   |
| Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):                                                                                     |                | AZM 210                                    |                                  |     |                   |
| Emitindo som (s/n):                                                                                                                   | N              | Intensidade (fraco, forte, etc.):          |                                  | NIL |                   |
| Tipo de som (zunido, apito, etc):                                                                                                     |                | NIL                                        |                                  |     |                   |
| Deixando rastro (s/n):                                                                                                                |                | N                                          |                                  |     |                   |
| Tipo (condensação, fumaça, etc.):                                                                                                     |                | NIL                                        | Coloração (claro, escuro, etc.): |     | NIL               |
| Fenômenos paralelos? (estampidos, queda de energia elétrica, movimento brusco de ar, interferência em equipamentos eletrônicos, etc.) |                |                                            |                                  |     |                   |
| N                                                                                                                                     |                |                                            |                                  |     |                   |

3 DO(S) OBSERVADOR(ES)

|                                                                                 |                     |                                        |                  |      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|------------------|------|--|
| Quantidade:                                                                     | 4                   | Nome (de quem comunicou a ocorrência): |                  |      |  |
| Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):                                     |                     |                                        |                  |      |  |
| Bairro:                                                                         |                     | Cidade/UF:                             |                  | CEP: |  |
| Telefone(DDD):                                                                  |                     | FAX:                                   | NIL              |      |  |
| Idade:                                                                          | N INFINITO          | Profissão (Ocupação principal):        | PILOTO COMERCIAL |      |  |
| Escolaridade:                                                                   | SUPERIOR INCOMPLETO |                                        |                  |      |  |
| Possui conhecimentos técnicos de aviação?                                       |                     |                                        |                  |      |  |
| SIM                                                                             |                     |                                        |                  |      |  |
| Possui conhecimentos técnicos sobre Meteorologia?                               |                     |                                        |                  |      |  |
| SIM                                                                             |                     |                                        |                  |      |  |
| Possui conhecimentos técnicos sobre OVNI? (s/n):                                |                     |                                        |                  |      |  |
| N                                                                               |                     | QUAL:                                  | NIL              |      |  |
| Pertence a alguma organização que se dedique a estudar ou observar OVNI? (s/n): |                     |                                        |                  |      |  |
| N                                                                               |                     |                                        |                  |      |  |
| Caso positivo, qual? (nome):                                                    |                     | NIL                                    |                  |      |  |
| (DDD, telefone, CEP, etc.):                                                     |                     | NIL                                    |                  |      |  |
| Endereço:                                                                       |                     | NIL                                    |                  |      |  |

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

NIL

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

|                                  |          |           |             |
|----------------------------------|----------|-----------|-------------|
| Data da comunicação:             | 25/11/22 | Hora (Z): | 0320Z       |
| Quem recebeu(Posto/Grad., Nome): |          | OM:       | CINDACTA II |