

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

OCORRÊNCIA DE TRÁFEGO HOTEL

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

(Preenchimento pelo COMAE)

|                                                                                                                                                        |                       |                                                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|--------------|
| <b>1 DA OCORRÊNCIA</b>                                                                                                                                 |                       |                                                 |              |
| Data:                                                                                                                                                  | 08/12/22              | Hora (Z):                                       | 0225Z        |
| Tempo da duração:                                                                                                                                      | 45 minutos            |                                                 |              |
| Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):                                                                                              | NIL                   |                                                 |              |
| Município (distrito, etc. se for o caso):                                                                                                              | SÃO PAULO             | UF:                                             | SP           |
| Tipo (avistamento, contato imediato etc):                                                                                                              | AVISTAMENTO           |                                                 |              |
| Observação feita com equipamentos (s)? (S/N):                                                                                                          | NÃO                   | Se sim Qual(is)                                 | NIL          |
| Existe registro ou provas físicas? (s/n):                                                                                                              | SIM                   | Se sim, detalhar(foto, vídeo, filme, fita, etc) |              |
| REGISTRO EM VIDEO                                                                                                                                      |                       |                                                 |              |
| Visibilidade:                                                                                                                                          | CAVOK                 |                                                 |              |
| Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc):                                                       | CÉU CLARO             |                                                 |              |
| <b>2 DO(S) OBJETO(S)</b>                                                                                                                               |                       |                                                 |              |
| Quantidade:                                                                                                                                            | 02                    | Se mais de 1, qual a distância entre eles?      | NIL          |
| (Se for mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo (OBSERVAÇÕES))                                                          |                       |                                                 |              |
| os itens de cada visualização.)                                                                                                                        | OBJETOS IGUAIS        |                                                 |              |
| Forma:                                                                                                                                                 | NIL                   | Tamanho:                                        | NIL          |
| Cor:                                                                                                                                                   | BRANCA                | Velocidade:                                     | NIL          |
| Distância em relação ao observador:                                                                                                                    | NIL                   | Altitude:                                       | NIL          |
| Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):                                                                                                 | MOVIMENTO EM CÍRCULO  |                                                 |              |
| Trajatória (de norte para sul, etc):                                                                                                                   | DESLOCAMENTO PARA MAN |                                                 |              |
| Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):                                                                                                      | LESTE                 |                                                 |              |
| Emitindo som (s/n):                                                                                                                                    | NÃO                   | Intensidade (fraco, forte, etc.):               | INTERMITENTE |
| Tipo de som (zunido, apito, etc):                                                                                                                      | NIL                   |                                                 |              |
| Deixando rastro (s/n):                                                                                                                                 | NIL                   |                                                 |              |
| Tipo (condensação, fumaça, etc.):                                                                                                                      | NIL                   | Coloração (claro, escuro, etc.):                | CLARA        |
| Fenômenos paralelos? (estampidos, queda de energia elétrica, movimento brusco de ar, interferência em equipamentos eletrônicos, etc.)                  | NIL                   |                                                 |              |
| <b>3 DO(S) OBSERVADOR(ES)</b>                                                                                                                          |                       |                                                 |              |
| Quantidade:                                                                                                                                            | 03                    | Nome (de quem comunicou a ocorrência):          | [REDACTED]   |
| Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):                                                                                                            | [REDACTED]            |                                                 |              |
| Bairro:                                                                                                                                                | [REDACTED]            | Cidade/UF:                                      | [REDACTED]   |
| Telefone(DDD):                                                                                                                                         | [REDACTED]            | FAX:                                            | [REDACTED]   |
| Idade:                                                                                                                                                 | 46                    | Profissão (Ocupação principal):                 | [REDACTED]   |
| Escolaridade:                                                                                                                                          | [REDACTED]            |                                                 |              |
| Possui conhecimentos técnicos de aviação?                                                                                                              | SIM                   |                                                 |              |
| Possui conhecimentos técnicos sobre Meteorologia?                                                                                                      | SIM                   |                                                 |              |
| Possui conhecimentos técnicos sobre OVNI? (s/n):                                                                                                       | SIM                   | QUAL:                                           | BÁSICO       |
| Pertence a alguma organização que se dedique a estudar ou observar OVNI? (s/n):                                                                        |                       | NÃO                                             |              |
| Caso positivo, qual? (nome):                                                                                                                           | NIL                   |                                                 |              |
| (DDD, telefone, CEP, etc.):                                                                                                                            | NIL                   |                                                 |              |
| Endereço:                                                                                                                                              | NIL                   |                                                 |              |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                     |                       |                                                 |              |
| (Relatar o que julgar necessário e a complementação no campo "2", se houver.)                                                                          |                       |                                                 |              |
| MATRÍCULA DA AERONAVE: AZUL [REDACTED] DE SBKP PARA SBPA. NÍVEL DE VÔ FL 360. AVISTAMENTO DESDE A 25NM DA POSIÇÃO ARTUT. LUZ CLARA, LEVEMENTE AZULADA. |                       |                                                 |              |
| <b>4 DA COMUNICAÇÃO A UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR (OM) DA AERONÁUTICA</b>                                                                                  |                       |                                                 |              |
| Data da comunicação:                                                                                                                                   | 08/12/22              | Hora (Z):                                       | 0410Z        |
| Quem recebeu(Posto/Grad., Nome):                                                                                                                       | [REDACTED]            | OM:                                             | CTNDA CT42   |