

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:	29/01/23	Hora (Z):	02:20	Tempo da duração:	40 minutos
Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):					
ENTRE SBET E SBCK					
Município (distrito, etc. se for o caso):	SBET/SAEK				UF:
Tipo (avistamento, contato imediato etc):					LUTES BRILHANTES
Observação feita com equipamentos (s)? (S/N):					NÃO
Se sim Qual(is)					
Existe registro ou provas físicas? (s/n):					
SIM					Se sim, detalhar(foto, video, filme, fita, etc)
VISO DO CELULAR					
Visibilidade:	NÍTIDA				
Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc):					
VMC					

2 DO(S) OBJETO(S)

Quantidade:	5	Se mais de 1, qual a distância entre eles?	PRÓXIMO
(Se for mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo (OBSERVAÇÕES) os itens de cada visualização.)			
Forma:	ARCOS	Tamanho:	POUCA MAIOR QUE UMA OSTESIA
Cor:	PRATA	Velocidade:	RÁPIDA
Distância em relação ao observador:			
LONGO		Altitude:	
F400		Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):	
DESSO CAMINHO PARA			
ESQUERDA DIREITA			
Trajetória (de norte para sul, etc):			
ESQUERDA E DIREITA			
Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):			
PARA 240 E 240			
Emitindo som (s/n):	NÃO	Intensidade (fraco, forte, etc.):	FORTE
Tipo de som (zunido, apito, etc):			
NÃO			
Deixando rastro (s/n):			
NÃO			
Tipo (condensação, fumaça, etc.):			
NÃO			
Coloração (claro, escuro, etc.):			
CLARA			
Fenômenos paralelos? (estampidos, queda de energia elétrica, movimento brusco de ar, interferência em equipamentos eletrônicos, etc.)			
NÃO			

3 DO(S) OBSERVADOR(ES)

Quantidade:	2	Nome (de quem comunicou a ocorrência):	[REDACTED]
Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):			
Bairro:	[REDACTED]	Cidade/UF:	[REDACTED]
CEP:	N/A		
Telefone(DDD):	[REDACTED]	FAX:	N/A
Idade:	[REDACTED]	Profissão (Ocupação principal):	[REDACTED]
Escolaridade:	SUPERIOR COMPLETO		
Possui conhecimentos técnicos de aviação?			
SIM			
Possui conhecimentos técnicos sobre Meteorologia?			
NÃO			
Possui conhecimentos técnicos sobre OVNI? (s/n):			
NÃO			
QUAL:			
NÃO			
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.)

N/A

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

Data da comunicação:	29/01/23	Hora (Z):	03:13
OM:	COMANDO DE OPERAÇÕES AEROESPACIAIS		