

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:	06/02/23	Hora (Z):	0320Z
Tempo da duração:	Aprox. 10 min		
Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):	Descida p/ SBPA		
Município (distrito, etc. se for o caso):	Porto Alegre	UF:	RS
Tipo (avistamento, contato imediato etc):	Contato Visual		
Observação feita com equipamentos (s)? (S/N):	N	Se sim Qual(is)	NIL
Existe registro ou provas físicas? (s/n):	N	Se sim, detalhar(foto, video, filme, fita, etc)	NIL
Visibilidade:	Clara		
Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc):	CAVOK		
2 DO(S) OBJETO(S)			
Quantidade:	4	Se mais de 1, qual a distância entre eles?	Visualmente 1 dedo entre eles
(Se for mais de um objeto e com características diferentes, preencher no campo (OBSERVAÇÕES))			
os itens de cada visualização.)			
Forma:	Luze	Tamanho:	Maiores que 25 estrelas de referência visual
Cor:	Intermitente; Branco e Verde	Velocidade:	Estáticos enquanto acesos
Distância em relação ao observador:	Não foi possível aferir	Altitude:	Ligeiramente acima de 3000ft
Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):	Parados, porém a pagavam e ressurgiam em posições diferentes		
Trajatória (de norte para sul, etc):	Estéticas		
Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):	Entre 10 e 11 hrs de 20ft, 1 dedo acima do horizonte		
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.)			
NIL			
3 DO(S) OBSERVADOR(ES)			
Quantidade:	4	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:	[REDACTED]	Profissão (Ocupação principal):	[REDACTED]
Escolaridade:	Superior Completo		
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):			
Não			
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.)			
4 DA COMUNICAÇÃO A UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR (OM) DA AERONÁUTICA			
Data da comunicação:	06/02/23	Hora (Z):	0405Z
Quem recebeu(Posto/Grad., Nome):	35 GABRIEL Gomes	OM:	CINDACTA II