

**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:                                                                                                                                 |  | 20/04/23            |  | Hora (Z):                                                                |  | 2130Z                                           |  |
| Tempo da duração:                                                                                                                     |  | 2 horas             |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):                                                                             |  |                     |  | Acima do polo petroquímico, Bairro Farrapos, Zona Norte de Porto Alegre. |  |                                                 |  |
| Município (distrito, etc. se for o caso):                                                                                             |  |                     |  | Porto Alegre                                                             |  | UF: RS                                          |  |
| 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):                                                                                             |  |                     |  | S                                                                        |  | Se sim, detalhar(foto, video, filme, fita, etc) |  |
| Fotos e vídeos.                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Visibilidade:                                                                                                                         |  | Boa                 |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc):                                      |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| aberto                                                                                                                                |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| <b>2 DO(S) OBJETO(S)</b>                                                                                                              |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Quantidade:                                                                                                                           |  | 1                   |  | 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.)                                                                                                       |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Forma:                                                                                                                                |  | Luminosa            |  | Tamanho:                                                                 |  | Aumenta e diminui                               |  |
| Cor:                                                                                                                                  |  | branca/brancopálida |  | Velocidade:                                                              |  | sem velocidade                                  |  |
| Distância em relação ao observador:                                                                                                   |  |                     |  | 5 km                                                                     |  | Altitude:                                       |  |
|                                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                          |  | 3000 m.                                         |  |
| Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):                                                                                |  |                     |  | parado                                                                   |  |                                                 |  |
| Trajetória (de norte para sul, etc):                                                                                                  |  |                     |  | NIL                                                                      |  |                                                 |  |
| Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):                                                                                     |  |                     |  | Noroeste de Porto Alegre                                                 |  |                                                 |  |
| 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                                                                                                                                   |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| <b>3 DO(S) OBSERVADOR(ES)</b>                                                                                                         |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Quantidade:                                                                                                                           |  | 1                   |  | Nome (de quem comunicou a ocorrência):                                   |  |                                                 |  |
|                                                                                                                                       |  | [REDACTED]          |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):                                                                                           |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Bairro:                                                                                                                               |  | [REDACTED]          |  | Cidade/UF:                                                               |  | [REDACTED]                                      |  |
| Telefone(DDD):                                                                                                                        |  | [REDACTED]          |  | FAX:                                                                     |  | NIL                                             |  |
| Idade:                                                                                                                                |  | [REDACTED]          |  | Profissão (Ocupação principal):                                          |  |                                                 |  |
|                                                                                                                                       |  | [REDACTED]          |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Escolaridade:                                                                                                                         |  | Ensino Superior     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Possui conhecimentos técnicos de aviação?                                                                                             |  |                     |  | Não                                                                      |  |                                                 |  |
| Possui conhecimentos técnicos sobre Meteorologia?                                                                                     |  |                     |  | Não                                                                      |  |                                                 |  |
| Possui conhecimentos técnicos sobre OVNI? (s/n):                                                                                      |  |                     |  | Não                                                                      |  | 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                 |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                    |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| (Relatar o que julgar necessário e a complementação no campo "2", se houver.)                                                         |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Nesta semana, o observador relata ser o quarto dia que observa tal objeto.                                                            |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| <b>4 DA COMUNICAÇÃO A UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR (OM) DA AERONÁUTICA</b>                                                                 |  |                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |
| Data da comunicação:                                                                                                                  |  | 20/04/23            |  | Hora (Z):                                                                |  | 0030Z                                           |  |
| Quem recebeu(Posto/Grad., Nome):                                                                                                      |  | 25 Paula            |  | OM:                                                                      |  | CINDACTA 2                                      |  |