

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:	05/01/24	Hora (Z):	00:00	Tempo da duração:	01:30
Local da ocorrência (Bairro... Praia de... Morro... Etc):			Aeródromo de Pasca- nel		
Município (distrito, etc. se for o caso):			Pascoal	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):			S	Se sim, detalhar(foto, vídeo, filme, fita, etc)	
Visibilidade:			NIL		
Condições Meteorológicas (Céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc): Céu aberto					

2 DO(S) OBJETO(S)

Quantidade:	5	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:	Circular	Tamanho:	Pequeno
Cor:	Branco	Velocidade:	Rápido
Distância em relação ao observador:		3Km	Altitude:
Comportamento (parado, deslocando, zigue-zague, etc.):		Deslocamento Circular	
Trajetória (de norte para sul, etc):		NIL	
Posição em relação aos pontos cardeais (azimute):		NIL	
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:	1	Nome (de quem comunicou a ocorrência):	[Redacted]
Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):			
Bairro:	[Redacted]	Cidade/UF:	[Redacted]
Telefone(DDD):	[Redacted]	FAX:	[Redacted]
Idade:	[Redacted]	Profissão (ocupação principal):	[Redacted]
Escolaridade:	Superior		
Possui conhecimentos técnicos de aviação?	N		
Possui conhecimentos técnicos sobre Meteorologia?	N		
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:	15/01/2024	Hora (Z):	11:00
Quem recebeu(Posto/Grad., Nome):	[Redacted]	OM:	[Redacted]