

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-<br>vel |                                                 |        |
| Município (distrito, etc. se for o caso):                                                                   |          |           |                            | Pascapei                                        | 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, video, filme, fita, etc) |        |
| Video                                                                                                       |          |           |                            |                                                 |        |
| 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:                                                                       |          | Nome (de quem comunicou a ocorrência): |     |
| Endereço para contato(Rua/Av., nº, apart.):                                       |          |                                        |     |
| Bairro:                                                                           |          | Cidade/UF:                             |     |
| Telefone(DDD):                                                                    |          | FAX:                                   |     |
| Idade:                                                                            |          | Profissão (ocupação principal):        |     |
| 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): |            | OM:       |       |