

COMANDO DA AERONÁUTICA
COMANDO DE OPERAÇÕES AEROESPACIAIS

OCORRÊNCIA DE TRÁFEGO HOTEL

--	--	--	--	--	--	--

(Preenchimento pelo COMAE)

1 DA OCORRÊNCIA

Data 09/08/2024 Hora 23:29Z Tempo de duração: 5 MINUTOS

Local da ocorrência (Bairro..., Praia de..., Morro..., etc.): 044422S 0370028W

Município (Distrito, etc.- se for o caso.): PRÓXIMO A MOSSORÓ UF RN

Tipo (avistamento, contato imediato, etc.): AVISTAMENTO

Observação feita com equipamento(s)? (S/N): N Se sim, qual(is)? NIL

Existem registros ou provas físicas? (S/N): N Se sim, detalhar (foto, vídeo, filme, fita, etc.): NIL

Visibilidade: CÉU CLARO Condições meteorológicas (céu aberto, claro, chuva, neblina, tempestade, nuvens, poluição, etc.): NIL

2 DO(S) OBJETO(S)

Quantidade: 1 Se mais de um, qual a distância entre eles? NIL

(Se for mais de um objeto e com características diferentes, para cada visualização preencher os itens abaixo no campo "4 – OBSERVAÇÕES")

Forma: NIL Tamanho: NIL

Cor: VERMELHO E AZUL Velocidade: MUITO RÁPIDO

Distância em relação ao observador: NÃO CONSEGUIU ESTIMAR Altitude: OSCILAN,
SUBINDO E DESCENDO

Comportamento (parado, deslocando-se, em zigue-zague, etc.): SOME

Trajetória (de norte para sul, etc.): NIL

Posição em relação aos pontos cardeais (azimute): NIL

Emitindo som (S/N): N Intensidade (fraco, forte, etc.): NÃO

Tipo de som (zunido, apito, etc.): NIL

Deixando rastro (S/N): N Tipo (condensação, fumaça, etc.): NIL

Coloração (claro, escuro, etc.) AZUL E VERMELHO

Fenômenos paralelos? (estampidos, queda de energia elétrica, movimento brusco de ar, interferência em equipamentos eletrônicos, etc.) NIL

3 DO(S) OBSERVADOR(ES)

Quantidade: 01 Nome (de quem comunicou a ocorrência): 01

Endereço para contato (Rua/Av., n.º, apart.): 01

Bairro: 01 Cidade/UF: 01

CEP: [REDACTED] Telefone (DDD): [REDACTED] FAX: [REDACTED]

Idade: [REDACTED] Profissão (ocupação principal): [REDACTED]

Escolaridade: NIL

Possui conhecimentos técnicos de aviação? SIM

Possui conhecimentos técnicos sobre meteorologia? SIM

Possui conhecimentos sobre OVNI? (S/N): NIL

Qual: NIL

Pertence a alguma organização que se dedique a estudar ou observar OVNI? (S/N): NIL

Caso positivo, qual? (nome): NIL

(Endereço): NIL

(DDD, telefone, CEP, etc.): NIL

4 OBSERVAÇÕES (Relatar o que julgar necessário e a complementação do campo “2”, se houver.)

NIL

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

Data da comunicação: 09/08/2024 Hora: 23:30 Z

Quem recebeu (Posto/Grad., Nome): [REDACTED]

OM: [REDACTED]