

**Questionário básico  
para observações  
de fenômenos OVNI**

Testemunha \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

Processo n° \_\_\_\_\_ Classificação \_\_\_\_\_

INQUIRIDOR:

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Data do inquérito: \_\_\_\_\_ Nº de testemunhas: \_\_\_\_\_

(Sempre que possível, preencher um questionário para cada uma).

TESTEMUNHA:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Habilitações lit.: \_\_\_\_\_

I. DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO: (Pede-se à testemunha que faça uma descrição pormenorizada e rigorosa em folha anexa).

II. ESQUEMAS. (Pede-se à testemunha que junte também em folha anexa um desenho do fenómeno, um esquema representando as evoluções do objecto, a localização das testemunhas, marcando se houver próximos rios, instalações militares, caminhos de ferro, linhas de alta tensão, etc.).

III. A OBSERVAÇÃO:

1. Data (dia, mês e ano) \_\_\_\_\_ 2. Hora local \_\_\_\_\_

3. Dia da semana \_\_\_\_\_ 4. Duração da observ. \_\_\_\_\_

5. Local \_\_\_\_\_ 6. Freguesia \_\_\_\_\_

7. Concelho \_\_\_\_\_ 8. Distrito \_\_\_\_\_

9. Existem nas proximidades: (assinale com uma cruz as alíneas).

a) Instalações militares.....

b) Caminhos de ferro.....

c) Linhas de alta tensão.....

d) Minas.....

- e) Águas termais ou termominerais .....
- f) Depósito de água .....
- g) Rio .....
- h) Lago.....
- i) Outros (especificar) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

10. Orografia: (assinale com uma cruz as alíneas).

- |                            |                          |                           |                          |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Planície .....          | <input type="checkbox"/> | e) Falha geológica .....  | <input type="checkbox"/> |
| b) Planície ondulada ..... | <input type="checkbox"/> | f) Litoral marítimo ..... | <input type="checkbox"/> |
| c) Zona de montanhas ..... | <input type="checkbox"/> | g) Litoral fluvial.....   | <input type="checkbox"/> |
| d) Meseta.....             | <input type="checkbox"/> | h) Águas abertas.....     | <input type="checkbox"/> |

11. Condições meteorológicas:

11.-a) Estado do céu: (assinale com uma cruz as alíneas correspondentes).

- a) Limpo .....     b) Pouco nublado .....     c) Nublado.....
- d) Coberto .....

11.-b) Temperatura: (correcta ou assinale as alíneas).

Temperatura correcta: \_\_\_\_\_

- a) Frio .....     b) Fresco .....     c) Temperado .....
- d) Quente .....

11.-c) Chuva: (assinale as alíneas).

- a) Sem chuva .....     b) Forte e contínua .....     c) Fraca...
- d) Aguaceiros com abertas .....     e) Chuvisco .....
- f) Queda de saraiva .....     g) Queda de neve .....

11.-d) Tipo de núvens \_\_\_\_\_

11.-e) Nevoeiro ou névoa \_\_\_\_\_

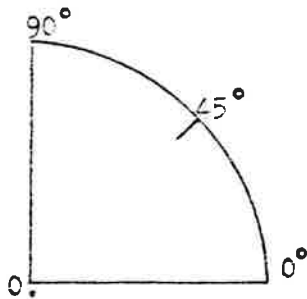
11.-f) Vento: (indique direcção e assinale as alíneas).

Direcção \_\_\_\_\_

- a) Calma .....     b) Brisa .....     c) Moderado.....
- d) Forte .....

12. Posição do fenómeno: (coordenadas geográficas) \_\_\_\_\_

13. Visibilidade da Lua (em que fase estava) \_\_\_\_\_
14. Visibilidade do Sol \_\_\_\_\_
15. Qual a posição da Lua ou do Sol, em relação:  
 a) Ao objecto \_\_\_\_\_ b) À testemunha \_\_\_\_\_
16. Era visível o planeta Vénus? Qual a sua posição no céu? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
17. Altitude do fenómeno \_\_\_\_\_



Indique na figura a altura do fenómeno  
 ( considerando o seu olho no ponto 0 ).

18. Distância \_\_\_\_\_
19. Direcção cardinal do fenómeno \_\_\_\_\_
20. Variação do fenómeno em relação à vertical de origem (referencias, árvores, postes, telhados, etc.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
21. Posição do fenómeno em relação às constelações (obs. nocturnas)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
22. Magnitudes (temporais ou constantes) em relação a Vénus ou Sirius  
 (Mag. -1,40 a -1,58) \_\_\_\_\_
23. Dimensões comparativas (com a Lua ou uma régua graduada à distância de um braço estendido) \_\_\_\_\_
24. Velocidade (em graus por segundo ou comparada com a de um avião de carreira) \_\_\_\_\_
25. Fases de imobilização (duração) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

26. Houve variações de velocidade? (Descreva) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. A observação foi feita a olho nu? \_\_\_\_\_

28. Através de vidros de janelas? \_\_\_\_\_

29. Com auxílio de instrumentos ópticos? (indicar as características)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. DESCRIÇÃO:

1. Que fazia no momento da sua observação? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Como a sua atenção foi atraída para o fenómeno? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. O que achou de estranho no fenómeno? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Como se processou o seu aparecimento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

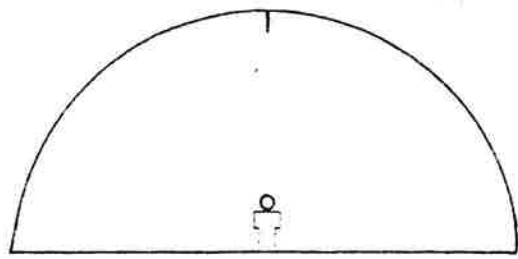
5. Como se processou o seu desaparecimento? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Número de objectos observados \_\_\_\_\_ (no caso de vários objectos, descreva e desenhe, em folha anexa, o tipo de formação e os movimentos relativos entre eles).

A. Movimento(s) do(s) objecto(s).

1. Descreva os movimentos observados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque com uma linha as deslocões do objecto, ( estando a testemunha no centro do hemisfério ).



- 2. Notou alguma vez o seu desaparecimento ou maior aproximação? \_\_\_\_\_
- 3. Qual a direcção do deslocamento? a) Ao aparecer \_\_\_\_\_
- b) Ao desaparecer \_\_\_\_\_
- 4. Apercebeu-se de algum movimento de rotação, oscilação, vibração ou basculação? \_\_\_\_\_

B. Aspecto e Forma do fenómeno.

- 1. Aspecto do fenómeno: (assinale com uma cruz as alíneas).

a) Metálico..... <input type="checkbox"/>	f) Com contornos mal definidos.. <input type="checkbox"/>
b) Indefinido..... <input type="checkbox"/>	g) Com contornos bem definidos.. <input type="checkbox"/>
c) Com transparência ..... <input type="checkbox"/>	h) Nebuloso .....
d) Massa luminosa ..... <input type="checkbox"/>	i) Outros (especificar quais) _____
e) Ponto luminoso..... <input type="checkbox"/>	_____

- 2. Tinha aparência sólida? \_\_\_\_\_
- 3. Qual a sua forma? (se não for definida, descreva-a) \_\_\_\_\_
- 4. Houve mudanças de forma? (descreva) \_\_\_\_\_
- 5. Tinha algumas estruturas exteriores? (Exp. janelas, antenas, tripés, etc.; especifique) \_\_\_\_\_
- 6. O fenómeno possuía raios luminosos, sinais ou faróis? (descreva) \_\_\_\_\_

7. Estava envolvido por algum halo? \_\_\_\_\_ Níveis?\_\_\_\_\_

Fumo? \_\_\_\_\_

8. Emitia algum rasto ou chama? \_\_\_\_\_

9. A que objecto de uso corrente se assemelharia o que observou? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Cor(es) do(s) objecto(s).

1. Quais as cores precisas observadas no objecto? E qual a sua localização? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Houve mudanças de cor? (descreva) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Notou alguma relação entre mudanças de cor e variações de velocidade, altitude, direcção? (descreva a relação) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. Brilho.

1. Descreva o brilho do objecto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Qual o brilho de outro objecto que mais se assemelharia ao observado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. O objecto tinha pontos mais brilhantes ou zonas mais escuras? \_\_\_\_\_

E. Luminosidade.

1. O objecto tinha: (assinale com uma cruz as alíneas correspondentes)

- |                         |                          |                           |                          |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Luz própria.....     | <input type="checkbox"/> | e) Luz cintilante .....   | <input type="checkbox"/> |
| b) Luz reflectida ..... | <input type="checkbox"/> | f) Luz pulsante .....     | <input type="checkbox"/> |
| c) Não tinha luz .....  | <input type="checkbox"/> | g) Luz intermitente ..... | <input type="checkbox"/> |
| d) Luz fixa .....       | <input type="checkbox"/> |                           |                          |

2. Houve variações de luminosidade? (descreva) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Reflectia os raios da Lua? \_\_\_\_\_ ou do Sol? \_\_\_\_\_

4. Iluminava os arredores? \_\_\_\_\_

F. Feixes luminosos.

1. O objecto projectou raios luminosos? \_\_\_\_\_

2. Em caso afirmativo, em que momento da observação os projectou? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Descreva-os: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. O feixe de luz iluminou alguma zona ou algo? \_\_\_\_\_

5. Podia-se ver através dele? \_\_\_\_\_

6. Terminava antes do solo dando a sensação de ser sólido, compacto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Como desapareceu o feixe(s)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G. Outros dados.

1. Sentiu algum ruído, calor ou odor? (descreva) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. O objecto largou: a) Chispas \_\_\_\_\_ b) Fumo \_\_\_\_\_ c) Alguma substância? (descreva) \_\_\_\_\_

3. Se se encontravam animais nas proximidades, descreva as suas reacções: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Notou alguns efeitos ou alterações em objectos ou substâncias? (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Observou qualquer avião ou objecto conhecido, antes, durante ou depois da observação? \_\_\_\_\_

6. Fotografou o fenómeno? \_\_\_\_\_

7. Qual o número de folhas? \_\_\_\_\_

(junte um exemplar de cada uma p.f.).



8. Características da máquina e filmes utilizados: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

V. ESTADO PSICO-FÍSICO DA TESTEMUNHA

1. A testemunha tinha o hábito de passar no local? \_\_\_\_\_
2. Tem boa vista? \_\_\_\_\_ 3. Usa óculos? \_\_\_\_\_ 4. Len-  
tes de contacto? \_\_\_\_\_ 5. Quantas dioptrias? Olho esquer-  
do: \_\_\_\_\_ Olho direito: \_\_\_\_\_ 6. À quanto tem-  
po? \_\_\_\_\_ 7. É daltónico? \_\_\_\_\_
8. Quais as características da deficiência visual? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Qual o seu estado de saúde actual? \_\_\_\_\_
10. Segue algum regime medicamentoso? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Já alguma vez tomou barbitúricos ou calmantes fortes? \_\_\_\_\_
12. Com que regularidade? \_\_\_\_\_ À quanto tempo? \_\_\_\_\_
13. Quando efectou a sua última consulta médica? \_\_\_\_\_
14. Qual o motivo? \_\_\_\_\_
15. Qual o seu médico assistente? \_\_\_\_\_  
 Consultório e local: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
16. Doenças mais importantes que tenha tido: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
17. Grupo sanguíneo da testemunha: \_\_\_\_\_
18. Tinha acabado de comer? \_\_\_\_\_ 19. De beber? \_\_\_\_\_
20. Tinha fumado no momento? \_\_\_\_\_ 21. Sentia sono, cansaço ou ner-  
vosismo? \_\_\_\_\_ 22. Prestou sempre o máximo de  
atenção ao fenómeno observado? \_\_\_\_\_
23. Esfregou os olhos durante a observação? \_\_\_\_\_
24. Desviou o olhar alguma vez? \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

25. Trocou impressões com alguém durante a observação? \_\_\_\_\_

26. Ficou assustada, surpreendida, admirada com o fenómeno? \_\_\_\_\_

27. Teve quaisquer outras sensações? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

28. Sofreu alguns problemas de ordem física ou psíquica após a observação?  
Especifique quais: \_\_\_\_\_

VI. INFORMAÇÃO SOBRE A TESTEMUNEA

( A preencher pelo inquiridor ).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VII. AUTORIZAÇÃO

Eu abaixo assinado(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autorizo a publicar e a divulgar a minha observação incluindo/excluindo (riscar o que não interessa) os dados pessoais.

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura do inquiridor: \_\_\_\_\_

Inquérito preenchido em: \_\_\_\_\_