

U.S. Department of State  
**FORMULARIO COMPLEMENTAR DE SOLICITAÇÃO DE VISTO DE NÃO-IMIGRANTE**

OMB aprovado 1405-0134  
 Expira em 31.07.2005  
 Tempo médio estimado 1 h\*

**FAVOR DATILOGRAFAR OU ESCREVER EM LETRA DE FORMA SUAS RESPOSTAS NOS ESPAÇOS RESERVADOS A CADA PERGUNTA  
 CASO PRECISE DE MAIS ESPAÇO PARA COMPLETAR SUAS RESPOSTAS, FAVOR ACRESCENTAR UMA FOLHA ADICIONAL**

1. Sobrenome(s) (Informe todas as variações)	2. Primeiro nome(s) (Informe todas as variações)	3. Nome completo (No alfabeto nativo)
4. Nome da tribo ou clã (Se aplicável)		5. Nome completo do cônjuge (Se casado)
6. Nome completo do pai		7. Nome completo da mãe
8. Nome e endereço completos de seu contato ou organização nos Estados Unidos (Incluir número de telefone)		
9. Enumere todos os países em que esteve nos últimos dez anos (Fornecer o ano de cada visita)	10. Enumere todos os países que já lhe emitiram um passaporte	11. Alguma vez teve seu passaporte extraviado ou roubado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. Sem incluir o empregador atual, informe seus dois últimos empregadores		
<u>Nome</u>	<u>Endereço</u>	<u>Telefone</u>
<u>Cargo</u>	<u>Nome do supervisor</u>	<u>Período trabalhado</u>
13. Enumere todas as organizações profissionais, sociais e de caridade as quais você pertence (pertenceu) ou contribui (contribuiu), ou com as quais você trabalha (trabalhou).	14. Possui qualquer habilidade ou treinamento específico, incluindo armas de fogo, explosivos, experiências nucleares, biológicas ou químicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se AFIRMATIVO, favor explicar	
15. Alguma vez prestou serviço militar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se AFIRMATIVO, fornecer o nome do país, local do serviço, patente, especialidade militar e período em que serviu.		
16. Alguma vez esteve presente em um conflito armado, como participante ou vítima? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se AFIRMATIVO, favor explicar		
17. Enumere todas as instituições de ensino que freqüenta ou freqüentou. Inclua cursos profissionalizantes, com exceção da escola primária		
<u>Nome da instituição</u>	<u>Endereço/Telefone</u>	<u>Curso</u>
<u>Datas freqüentadas</u>		
18. Já possui o itinerário de sua viagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se AFIRMATIVO, favor informá-lo por completo, incluindo datas de chegada/partida, informações sobre vôos, lugares específicos que visitará, e uma pessoa/local para contato em cada localidade.		

**Declaração das Leis de Redução de Documentação**

\* O tempo médio estimado para o preenchimento deste formulário é de 1 hora, incluindo o tempo necessário para a busca de informações, organização dos dados solicitados, preenchimento deste e revisão final. As informações solicitadas não precisarão ser fornecidas a menos que este formulário possua um número de OMB válido. Envie comentários sobre o tempo estimado para o preenchimento e sugestões de como reduzi-lo para: U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington, D.C. 20520