

"DADOS PARA O FORMULÁRIO DS-160 - VISTO AMERICANO"
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA ABAV

DATA DA SOLICITAÇÃO / /

CATEGORIA DO VISTO : ☐ VISTO COMUM
☐ RENOVAÇÃO (VISTO COM ATÉ 01 ANO DE VENCIDO)
☐ ACIMA DE 79 ANOS
☐ ATÉ 13 ANOS
☐ VISTO DE BABÁ
☐ VISTO DE ESTUDANTE

ENVIAR PARA RECIFE: ☐ SIM
☐ NÃO

PALAVRA CHAVE: N° DO DS-160:

ENTREVISTA: (CASV) / / (CONS.) / /

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO PASSAGEIRO

CIDADE DO CONSULADO PARA ENTREVISTA:

SOBRENOME: (IGUAL AO PASSAPORTE)

NOME:

SEXO: FEMININO ☐ MASCULINO ☐

ESTADO CIVIL: CASADO ☐
COMUNHÃO ESTÁVEL ☐
SOLTEIRO ☐
VIÚVO ☐
DIVORCIADO ☐
LEGALMENTE SEPARADO ☐

DATA DE NASCIMENTO: / /

CIDADE / ESTADO DE NASCIMENTO:

OBS: SE FOR MENOR DE 13 ANOS, COLOCAR O CPF DO RESPONSÁVEL

Nº DO CPF:

POSSUI OUTRA NACIONALIDADE: SIM ☐ NÃO ☐

SE AFIRMATIVO INFORMAR:

NACIONALIDADE:

Nº DO PASSAPORTE:

VALIDADE DO PASSAPORTE:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

ENDEREÇO:

COMPLEMENTO CEP: -

BAIRRO:

CIDADE: ESTADO:

TELEFONE RESIDENCIAL: ☐

CELULAR: ☐ (OPERADORA)

TELEFONE COMERCIAL: ☐

EMAIL:

PLATAFORMAS SOCIAIS:

FACEBOOK ☐ NOME DE USUÁRIO:

INSTAGRAM ☐ NOME DE USUÁRIO:

LINKEDIN ☐ NOME DE USUÁRIO:

GOOGLE+ ☐ NOME DE USUÁRIO:

TWITTER ☐ NOME DE USUÁRIO:

CASO TENHA OUTRA, INFORMAR O NOME DA REDE SOCIAL E O NOME DE USUÁRIO

(OBS: NÃO FORNECER SENHAS DE ACESSO)

Nº DO PASSAPORTE:

PAÍS: CIDADE: ESTADO:

DATA DO PASSAPORTE:

EXPEDIÇÃO: / / VÁLIDO ATÉ: / /

TEVE PASSAPORTE ROUBADO : SIM ☐ NÃO ☐

TEVE PASSAPORTE EXTRAVIADO: SIM ☐ NÃO ☐

TEVE VISTO NEGADO : SIM ☐ NÃO ☐

QUANDO : / / QUAL CONSULADO/CIDADE

TEVE VISTO CANCELADO : SIM ☐ NÃO ☐

QUANDO : / / QUAL CONSULADO / CIDADE

TIPO DE VISTO: NEGÓCIOS E TURISMO ☐
ESTUDANTE ☐
TRABALHO ☐

DATA DA CHEGADA NOS EUA: (PREVISÃO DA VIAGEM) / /

QUANTOS DIAS PRETENDE FICAR: DIAS

NOME DA FAMÍLIA OU HOTEL QUE PRETENDE FICAR NOS EUA:

ENDEREÇO:

CIDADE: ESTADO:

CEP: TELEFONE:

EMAIL:

QUEM PAGARÁ A VIAGEM: PRÓPRIO ☐
OUTRA PESSOA ☐
EMPRESA OU ORGANIZAÇÃO ☐

OBS : CASO SEJA OUTRA PESSOA A PAGAR A VIAGEM:

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

ENDEREÇO DO PATROCINADOR/FINANCEIRO DA VIAGEM:

ENDEREÇO:

CIDADE: ESTADO:

CEP: - TELEFONE:

EMAIL:

PESSOA QUE ACOMPANHA NA VIAGEM : SIM ☐ NÃO ☐

NOME:

PARENTESCO:

JÁ VISITOU OS EUA: SIM ☐ NÃO ☐

(SE AFIRMATIVO, INFORMAR AS 05 (CINCO) ÚLTIMAS VIAGENS)

01 / / QUANTOS DIAS PASSOU

02 / / QUANTOS DIAS PASSOU

03 / / QUANTOS DIAS PASSOU

04 / / QUANTOS DIAS PASSOU

05 / / QUANTOS DIAS PASSOU

JÁ POSSUIU VISTO AMERICANO:

DATA DO ÚLTIMO VISTO:

Nº DA SÉRIE DO VISTO:

TIPO DE VISTO:

JÁ TIROU AS DIGITAIS NO CONSULADO AMERICANO

ONDE FICARÁ HOSPEDADO NOS USA:

PARENTE ☐ CÔNJUGUE ☐ AMIGO ☐ SÓCIO ☐

ENTIDADE PATRONAL ☐ COORDENADOR ESCOLAR ☐ HOTEL ☐

FILIAÇÃO:

NOME DO PAI:

DATA DE NASCIMENTO DO PAI: / /

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO DA MÃE : / /

TEM PARENTES NOS EUA: SIM ☐ NÃO ☐ CASO TENHA: ☐

NOME:

PARENTESCO:

DADOS DO CÔNJUGUE SE CASADO, SEPARADO, DIVORCIADO OU FALECIDO:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: / /

NACIONALIDADE:

LOCAL DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO DO CÔNJUGUE :

O MESMO ENDEREÇO RESIDENCIAL ☐ DO CONTATO DOS EUA ☐
OUTRO (CITAR ENDEREÇO) ☐ NÃO SABE ☐

OBS: CASO O ENDEREÇO DO CÔNJUGUE OU DO/DA ÊX SEJA OUTRO, CITAR:

ENDEREÇO:

BAIRRO CEP -

CIDADE ESTADO TELEFONE:

SE DIVORCIADO, INFORMAR :

DATA DO INÍCIO DO CASAMENTO: / /

DATA DO DIVÓRCIO: / /

TIPO DE DIVÓRCIO:

SUA OCUPAÇÃO :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AGRICULTOR | <input type="checkbox"/> MÉDICO |
| <input type="checkbox"/> ARTISTA | <input type="checkbox"/> MILITAR |
| <input type="checkbox"/> NEGÓCIO | <input type="checkbox"/> CIÊNCIA NATURAL |
| <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO | <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO |
| <input type="checkbox"/> CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO | <input type="checkbox"/> CIÊNCIAS FÍSICAS |
| <input type="checkbox"/> CULINÁRIA | <input type="checkbox"/> VOCAÇÃO RELIGIOSA |
| <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO | <input type="checkbox"/> APOSENTADO |
| <input type="checkbox"/> ENGENHARIA | <input type="checkbox"/> CIÊNCIA SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> GOVERNO | <input type="checkbox"/> ESTUDANTE |
| <input type="checkbox"/> PRENDAS DOMÉSTICAS | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL LEGAL | <input type="checkbox"/> MENOR DE 02 ANOS |

DADOS PROFISSIONAIS: NOME DA EMPRESA , ESCOLA OU FACULDADE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

ESTADO:

TELEFONE:

SALÁRIO: R\$

DATA DE ADMISSÃO:

BREVE DESCRIÇÃO DA SUA OCUPAÇÃO:

SE APOSENTADO, INFORMAR DADOS DO ÚLTIMO EMPREGO:

NOME DA EMPRESA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

-

CIDADE:

ESTADO:

TELEFONE:

CARGO:

NOME DO SUPERVISOR:

QUANDO INICIOU:

ATÉ

**PREENCHIMENTO ABAIXO SÓ PARA SOLICITANTE
DO SEXO MASCULINO ACIMA DE 18 ANOS**

PRESTOU SERVIÇO MILITAR : SIM ☐ NÃO ☐

LOCAL DE SERVIÇO:

CIDADE: ESTADO:

PATENTE ESPECIALIDADE

PERÍODO QUE SERVIU: / / À / /

GRAU DE ESCOLARIDADE QUE FREQUENTOU: ENSINO MÉDIO OU GRADUAÇÃO

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

RUA E Nº:

CIDADE: ESTADO:

TELEFONE: CEP: -

CURSO:

TEMPO QUE FREQUENTOU: / / À / /

VISITOU QUAIS PAÍSES NOS ÚLTIMOS 05 (CINCO) ANOS?

FALA OUTRO IDIOMA : SIM ☐ QUAL:
NÃO ☐

ASSINATURA E DATA DO SOLICITANTE: