



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DA FAMÍLIA -SEMASF**

Av. Pinheiro Machado, n.º 1718, Bairro São Cristóvão - Porto Velho – RO  
Telefone: (69) 98473-8407. E-mail: adm.semASF@portovelho.ro.gov.br

**ANEXO II – DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**  
**CASAMENTO COMUNITÁRIO – PREFEITURA DE PORTO VELHO**  
**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**NOIVO**

Eu, \_\_\_\_\_,

Estado civil:  Solteiro(a)  Casado(a)  União Estável  Divorciado(a)   
Viúvo(a)  Outro

Profissão: \_\_\_\_\_

**NOIVA**

Eu, \_\_\_\_\_,

Estado civil:  Solteiro(a)  Casado(a)  União Estável  Divorciado(a)   
Viúvo(a)  Outro

Profissão: \_\_\_\_\_

Residentes no endereço: \_\_\_\_\_

Número de pessoas que vivem sob o mesmo teto: \_\_\_\_\_

Renda familiar mensal:

Até 2 salários mínimos  Acima de 2 salários mínimos  Não possui renda  
 Outro: \_\_\_\_\_

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas são verdadeiras, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal – Falsidade Ideológica), e que autorizo a verificação pela equipe organizadora do evento, se necessário.

Porto Velho – RO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do declarante - noivo)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da declarante - noiva)