

TERMO DE SERVIDÃO DE PASSAGEM

SERVIDÃO DE PASSAGEM DE REDE DE ESGOTO SANITÁRIO E ÁGUAS PLUVIAIS QUE O Sr(a) _____ E S/MR _____

OUTORGAM A(O) Sr(a) _____

SOB A CONDIÇÃO DA MAIS ABSOLUTA IRREVOGABILIDADE E IRRETRATIBILIDADE,
NA FORMA ABAIXO :

Pelo presente, o **Sr(a)** _____,

RG nº _____, CPF nº _____, e S/Mr _____,

RG nº _____,

CPF nº _____, brasileiros, casados no regime da _____

_____ (comunhão universal de bens OU comunhão parcial de

bens, na vigência da Lei 6515/77), residentes e domiciliados nesta cidade, à

_____, na melhor

forma de direito, **declaram o seguinte:**

1. Que são proprietários do **imóvel** (ou terreno) situado nesta cidade, à _____
_____ cadastrado na P.M. Local sob nº _____
_____ e registrada sob nº _____ na Matrícula nº _____,
do Cartório de Registro de Imóveis, local.

2. Nestas condições, **atendendo solicitação de** _____
_____, RG nº _____, CPF nº _____,
casado com _____, residentes e domiciliados
nesta cidade, à _____

INSTITUEM em favor desse (ou do imóvel situado à

_____,
nesta cidade, de propriedade do beneficiado), **SERVIDÃO DE PASSAGEM de Rede de Esgoto Sanitário e Águas Pluviais**, através de sua propriedade (ITEM 1), a qual deverá ser feita na faixa de recuo obrigatório.

3. Todas as despesas para instalação das tubulações de esgoto e águas pluviais e sua manutenção é desde já responsabilidade do **BENEFICIADO** e seus herdeiros, inclusive eventuais problemas referentes a vícios de construção que esta obra possa causar em construções vizinhas.

4. A tubulação a ser construída também poderá ser usada pelos instituidores, sem nenhum custo.

5. A **SERVIDÃO é de Caráter Vitalício**, irrevogável e irretratável, obrigando os Contratantes, seus Herdeiros ou Sucessores ao fiel cumprimento da mesma.

6. SERVIDÃO essa formalizada em três (3) vias de igual teor, assinadas pelas partes e duas testemunhas, com firmas reconhecidas por tabelião, a fim de que produza seus jurídicos e legais efeitos, na forma da Lei.

Mogi Mirim, 25 de outubro de 2022

INSTITUIDORES:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

BENEFICIADO:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

***RECONHECER FIRMAS DE TODAS AS ASSINATURAS (PARTES E TESTEMUNHAS)**