**ANEXO 02**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA IMPLANTAÇÃO DO PDC**

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ *\_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ / \_ \_ \_ - \_ \_* , localizada no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na comunidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo como representante legal o (a) Sr (a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ - \_ \_ , que exerce o cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ , na comunidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizado no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado do Ceará, juntamente com seus associados, neste ato representando a comunidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem por meio deste documento assumir o compromisso de **implantar as demandas identificadas pelo Plano De Desenvolvimento Comunitário (PDC), incluindo ações que beneficiem a associação, seus associados e a comunidade**, dentro das áreas de atuação do Projeto São José, vindo também assumir o compromisso de **fornecer informações e todos os documentos necessários à realização das intervenções e/ou Projetos, em qualquer tempo**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Ceará, \_ \_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

Assinatura do representante legal da Entidade

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ - \_ \_ / RG: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

Assinatura da testemunha

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ - \_ \_ / RG: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

Assinatura da testemunha

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ - \_ \_ / RG: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_