

**TERMO DE CIÊNCIA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO  
SETOR ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, Chefe do Serviço / Responsável  
pela Área de \_\_\_\_\_, conheço o protocolo de  
pesquisa intitulado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

desenvolvido por \_\_\_\_\_, conheço seus objetivos e a  
metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá  
interferir no fluxo normal deste Serviço.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico Chefe  
do Serviço

\_\_\_\_\_  
Assinatura