



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA  
**Área de Concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional**  
Via Washington Luís, Km 235 - CEP. 13.565-905 - SÃO CARLOS - SP  
TEL: (016) 3351-8448. E-mail: [ppgft@ufscar.br](mailto:ppgft@ufscar.br)

---

São Carlos, 25 de fevereiro de 2021.

Ref: Carta comprovante da versão final  
de teses e dissertações

Eu Prof(a). Dr(a). **Audrey Borghi Silva**, Orientador(a) do(a) pós-graduando(a) **Patrícia Faria Camargo**, do Programa de Pós-Graduação em **Fisioterapia Cardiovascular, Respiratória, Fisiologia do Exercício e Desempenho Funcional**, venho por meio desta, AUTORIZAR os trâmites para a homologação da tese/dissertação do(a) supracitado(a) aluno(a), e ATESTAR que a tese/dissertação intitulada **Respostas cinéticas da frequência cardíaca na fase de recuperação de exercício submáximo em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e o impacto da sobreposição da Apneia Obstrutiva Do Sono na capacidade funcional e modulação autonômica cardíaca em seguimento de um ano**, é a versão final com as alterações sugeridas pela Banca Examinadora, estando o arquivo tecnicamente correto em sua forma e estrutura e com os devidos agradecimentos aos órgãos de fomento à pesquisa, no caso de recebimento de bolsa e/ou financiamento.

Solicito as devidas providências para o encaminhamento em questão, subscrevo-me.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA  
**Área de Concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional**  
Via Washington Luís, Km 235 - CEP. 13.565-905 - SÃO CARLOS - SP  
TEL: (016) 3351-8448. E-mail: [ppgft@ufscar.br](mailto:ppgft@ufscar.br)

---

Atenciosamente,

Assinatura orientador(a)