



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, 18 de abril de 2021.

Ref: Carta comprovante da versão final de teses e dissertações

Eu Prof.(a) Dr.(a) Valéria Amorim Pires Di Lorenzo, Orientador(a) do(a) pós-graduando(a) *Bruna Shara Vidal de Oliveira*, do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia, venho por meio desta, AUTORIZAR os tramites para a homologação do(a) supracitado(a) aluno(a), ATESTO que a dissertação intitulada **IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO POR EXACERBAÇÃO DA DPOC SOBRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E FORÇA MUSCULAR DE QUADRÍCEPS – UM ESTUDO LONGITUDINAL**", 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.

Atenciosamente,

Prof(a). Dr(a).Valéria Amorim Pires Di Lorenzo

---

Assinatura: