**ANEXO DA INSTRUÇÃO DE SERVIÇO Nº 002/2018-PRPPG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPÓSITO LEGAL – VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO OU TESE** | | | |
| **Autor** | Nome:  RG:  CPF:  E-mail:  Fone: | | |
| **Curso/ Programa** | Programa de Pós-Graduação em Odontologia | | |
| **E-mail e Telefone do Programa** | ppgounioeste@gmail.com  (45) 3220-3159 | | |
| **Centro** | Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Campus de Cascavel | | |
| **Área de Concentração** | Odontologia | | |
| **Título da Dissertação ou Tese (em Português)** |  | | |
| **Título da Dissertação ou Tese (em inglês)** |  | | |
| **Orientador** |  | | |
| **Co-Orientador** |  | | |
| **Docentes da Banca de defesa** | Nome: Instituição:  Nome: Instituição:  Nome: Instituição: | | |
| **Grau obtido** | Mestre em Odontologia | | |
| **Biblioteca Depositária** | Biblioteca Universitária – Unioeste/Campus de Cascavel | | |
| **Data da Defesa** |  | | |
| **Nº de exemplares:** | | **Nº de páginas:** | **Nº de CD-R:** 01 |
| **Data de entrega na Biblioteca:** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável pelo recebimento na Biblioteca | | | |
| **Data de entrega na Coordenação Acadêmica:** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável pelo recebimento na Coordenação Acadêmica | | | |