**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 |