|  |  |
| --- | --- |
| *Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg*  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas - CCMF**  **Campus de Cascavel-PR**  **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.** |  |

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E FARMACÊUTICAS (CCMF)**

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS (PCF-UNIOESTE)**

**DEPÓSITO LEGAL – VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nomes (discente e orientador) |  | | |
| Endereço completo do discente |  | | |
| Título da dissertação |  | | |
| Orientador |  | | |
| Docentes da banca de defesa |  | | |
| Área de concentração | **Ciências Farmacêuticas** | | |
| Grau obtido | **Mestre em Ciências Farmacêuticas** | | |
| Instituição | **Universidade Estadual do Oeste do Paraná** | | |
| Órgão | Biblioteca- Campus de Cascavel | | |
| Curso | **Mestrado em Ciências Farmacêuticas** | | |
| Data da defesa |  | | |
| Número de exemplares |  | Número de páginas |  |
| Data da entrega na Secretária do Programa |  | | |
| Data da entrega na Biblioteca |  | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável pelo recebimento na biblioteca do *Campus* de Cascavel | | |

1 Deverá ser entregue 02 (duas) vias deste formulário, na Secretaria do PCF-UNIOESTE. **Conforme Resolução n.114/2012-CEPE.** Art. 82, o discente tem um prazo máximo de 45 dias para entregar na Secretaria do Curso, os exemplares definitivos do trabalho, a contar da aprovação da dissertação ou tese pela banca examinadora.