CNPJ: 29.096.517/0001-08
Rua Ibiapaba 331, Engenho da Rainha – Rio de Janeiro, RJ.
CEP 20761-130
Tels:. (21) 2544-6849 / (21) 99813-0747
E-MAIL: opusartis@opusartis.ppg.br

Formulário de Autorização para Diagnóstico e Recuperação

---

1. DADOS DO CLIENTE

- **Nome Completo/Razão Social:** _____
- **CPF/CNPJ:** _____ **RG:** _____
- **Endereço Completo:** _____
- **Cidade/Estado:** _____ **CEP:** _____
- **WhatsApp/Telefone:** ( ) _____ **E-mail:** _____

---

2. INFORMAÇÕES DO DISPOSITIVO

- **Tipo de Dispositivo:** ( ) HD Interno ( ) HD Externo ( ) SSD ( ) Pendrive ( ) Cartão de Memória
- **Marca/Modelo:** _____ **Capacidade (GB/TB):** _____
- **O dispositivo já foi aberto ou tentado recuperar por outra empresa?** ( ) Sim ( ) Não

---

3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA (Relato do Cliente)

- **O que aconteceu?** (Ex: Queda, formatado por erro, parou de reconhecer, barulho estranho, vírus)

- **Pastas ou arquivos prioritários que precisam ser recuperados:**

---

4. TERMOS E AUTORIZAÇÕES (Importante)

1. **Autorização de Diagnóstico:** Autorizo a Opus Artis Tecnologia Digital a realizar a análise técnica do dispositivo acima descrito. Entendo que, em alguns casos, a abertura física do dispositivo pode ser necessária.
2. **Risco Inerente:** Estou ciente de que dispositivos com falhas físicas já possuem danos prévios e que o processo de tentativa de recuperação não garante 100% de sucesso, dada a natureza do suporte magnético/eletrônico.
3. **Confidencialidade:** A Opus Artis Tecnologia Digital compromete-se a manter total sigilo sobre os dados recuperados, em conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).
4. **Logística:** O custo de envio e reenvio do dispositivo é de responsabilidade do cliente, independentemente do sucesso na recuperação.

DATA: / /2026

ASSINATURA DO CLIENTE:

_____