



RECOVERY HDD

Formulário de avaliação para recuperação de dados

Nome _____
CPF/CNPJ _____ I Estadual _____
Empresa _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CEP _____ Ponto de Ref _____
Tel Fixo _____ Ramal _____ Celular _____ Operadora _____
Email _____
Outra informação: _____

Informação do equipamento a ser recuperado os dados:

Não recebemos HDs que já tenham sido abertos (aberto para expor a mídia).

Tipo: _____ Marca: _____ Tam _____ Modelo _____ Capacidade _____
Nº Série _____ Qtd de Partições _____ Sist. Operacional _____
Descreva o(s) problema(s) que você identificou: _____

Já houve tentativa de recuperar os dados? _____ Mais de uma vez? _____

O dispositivo já foi aberto? _____

Por favor, relacione seus arquivos e pastas de maior importância: _____

Selecione com um X o tipo de orçamento desejado:

Orçamento Normal () Orçamento de emergência ()

Obs: O orçamento normal é entregue em até 5 dias úteis, pelo qual cobramos o valor de R\$ 50,00 (que será descontado do valor do serviço caso esse seja aprovado). O orçamento de emergência é entregue em até 8 horas úteis, tem um custo de R\$ 150,00 (que é somado ao valor do serviço)

Se houver necessidade eu () autorizo () não autorizo a abrir o meu dispositivo para fazer o orçamento.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Para uso do laboratório: _____

