Medical defense multiservices

Autor: Rafael Melo

Florianópolis, outubro de 2022.

1. Qual é o Projeto/Sistema referido neste plano?	
Nome / Sigla	Medical defense multiservices

2. História de Usuário

2.1. Código de Identificação

HUS_004

2.2. Título

Cadastro de pacientes/assessor

2.3. Descrição

Eu como usuário com permissão para acessar o sistema quero poder efetuar meu cadastros com meus dados pessoais.

2.4. Critérios de Aceitação da História de Usuário

O usuário receberá um email para acessar e se cadastrar no sistema.
Conforme o perfil escolhido na solicitação de cadastro do novo usuário o formulário será iniciado para o cadastro.
Ao iniciar um cadastro do usuário, os seguintes campos serão solicitados.

- **Campos Perfil Paciente**
  - Nome
  - Possui nome social?
    - Nome social
  - Senha
  - Confirmar senha
  - Data nascimento
  - CPF
  - Tipo documento
    - CNH/RG/Passaporte/Certidão de nascimento…
    - Número do documento escolhido
  - E-mail
  - Confirma e-mail
  - Telefone celular
  - Telefone 2
  - Plano de saudade (Lista da API)
    - Número carteirinha do plano de saúde
  - Endereço completo
    - CEP - Ao preencher o CEP, os campos a rua, bairro e cidade devem ser preenchidos automaticamente.
    - Rua
    - Número
    - Bairro
    - Cidade
  - Anexo
    - Tipo do Anexo
      - RG
      - CPF
      - Comprovante residência
      - Carteira plano de saúde
      - Outros
  - Paciente tem responsável legal?
    - Campos responsável legal

- Relação com paciente
- Motivo responsável
- Nome completo
- CPF
- Data de nascimento
- E-mail
- Telefone celular responsável
- Utiliza o mesmo endereço que paciente?
    - CEP
    - Rua
    - Número
    - Complemento
    - Bairro
    - Cidade
- Confirmação dos termos de aceite e regras de plataforma

- **Botão**
    - Salvar cadastro

- **Campos Perfil Assessor**
    - Nome
    - Senha
    - Confirmar senha
    - Data nascimento
    - CPF
    - E-mail
    - Confirma e-mail
    - Telefone celular
    - Telefone 2
    - Confirmação dos termos de aceite e regras de plataforma
- **Botão**
    - Salvar cadastro

Após efetuar o login no sistema, no canto superior direito no ícone Configuração de conta.
Ao clicar neste ícone, uma lista com a opção "Perfil do usuário" será apresentada.
Ao clicar nesta opção uma tela com todos os campos de cadastro do usuário será mostrada permitindo que o usuário altere suas informações pessoais.

Código Critério Aceitação	Descrição Critério Aceitação
001	Ao se cadastrar no sistema pelo link enviado por email, esse usuário será vinculado ao Administrador (médico) que fez o convite via email para esse usuário.
002	A confirmação dos termos de aceite e das regras da plataforma devem estar preenchidos para que o cadastro seja finalizado.
003	Todos os campos descritos como obrigatórios devem estar preenchidos.
004	Se o usuário for menor de idade é necessário o cadastro de um responsável

2.5 LGPD: A funcionalidade prevista para História de Usuário realiza a manipulação de dados pessoais e/ou dados sensíveis?

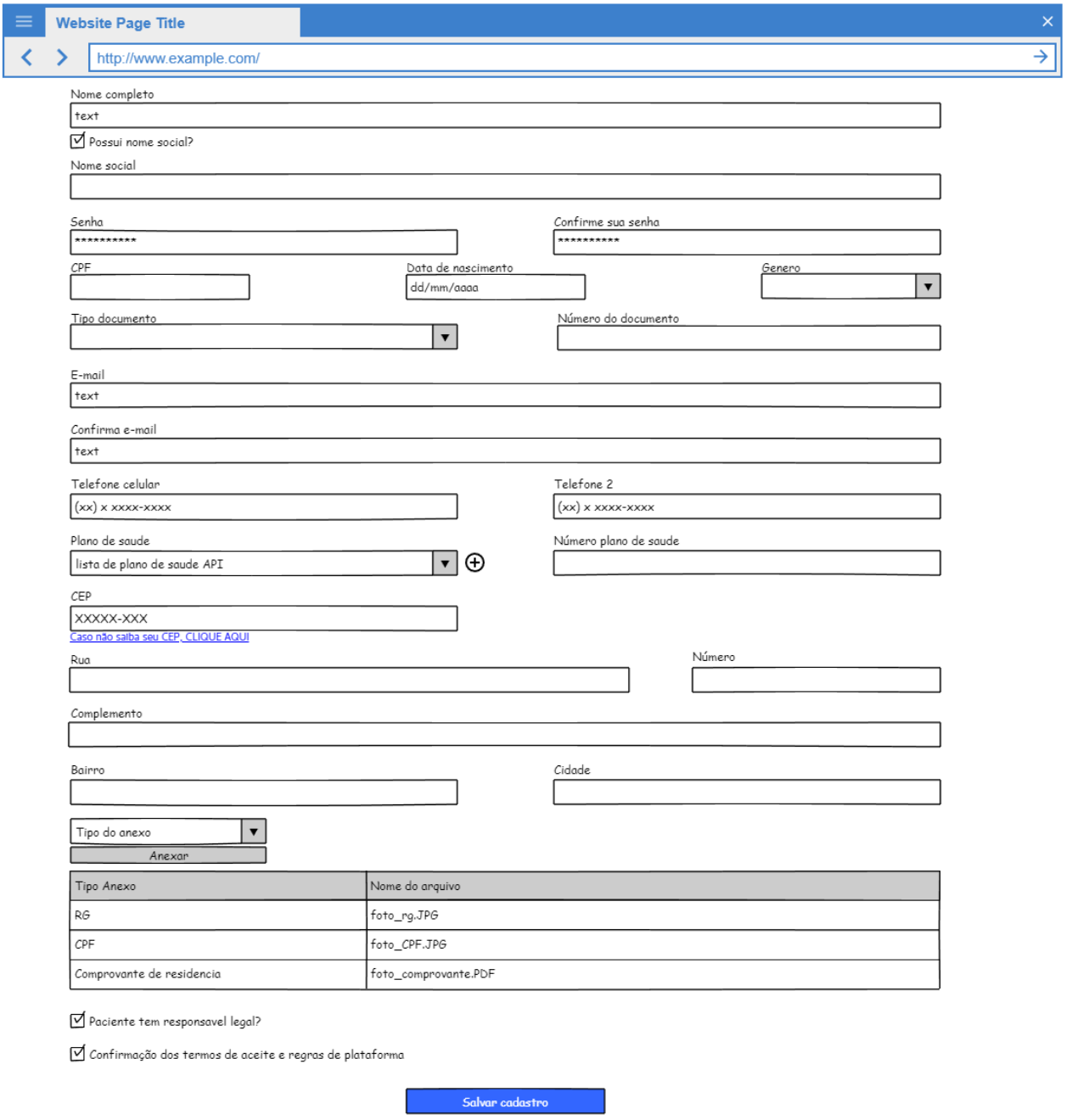
Sim		Não	X

Não se aplica

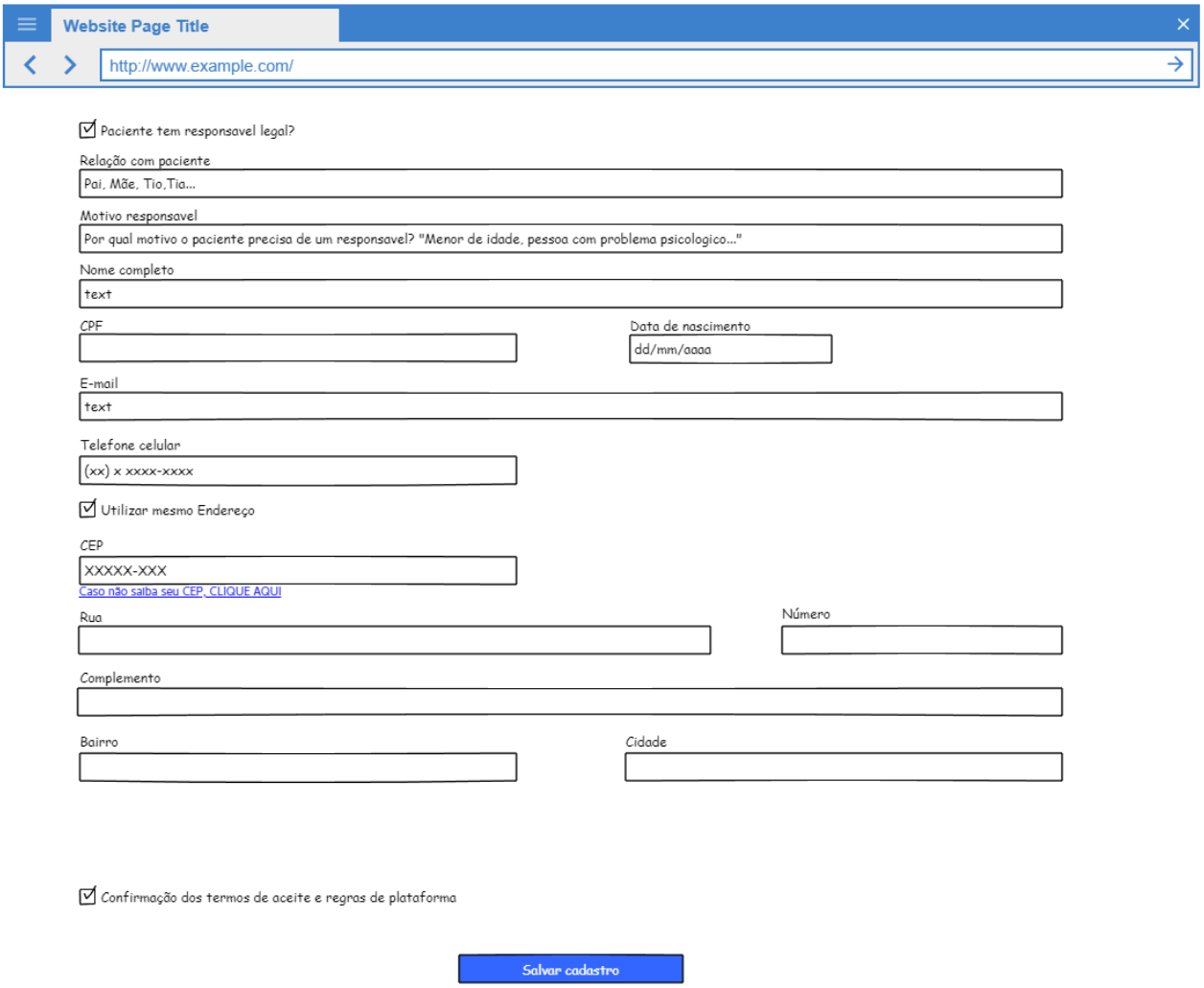
Dado manipulado	Enquadramento do Dado na LGPD		
	Dado Pessoal	Dado Sensível	Anonimização de Dado

3. Protótipo telas

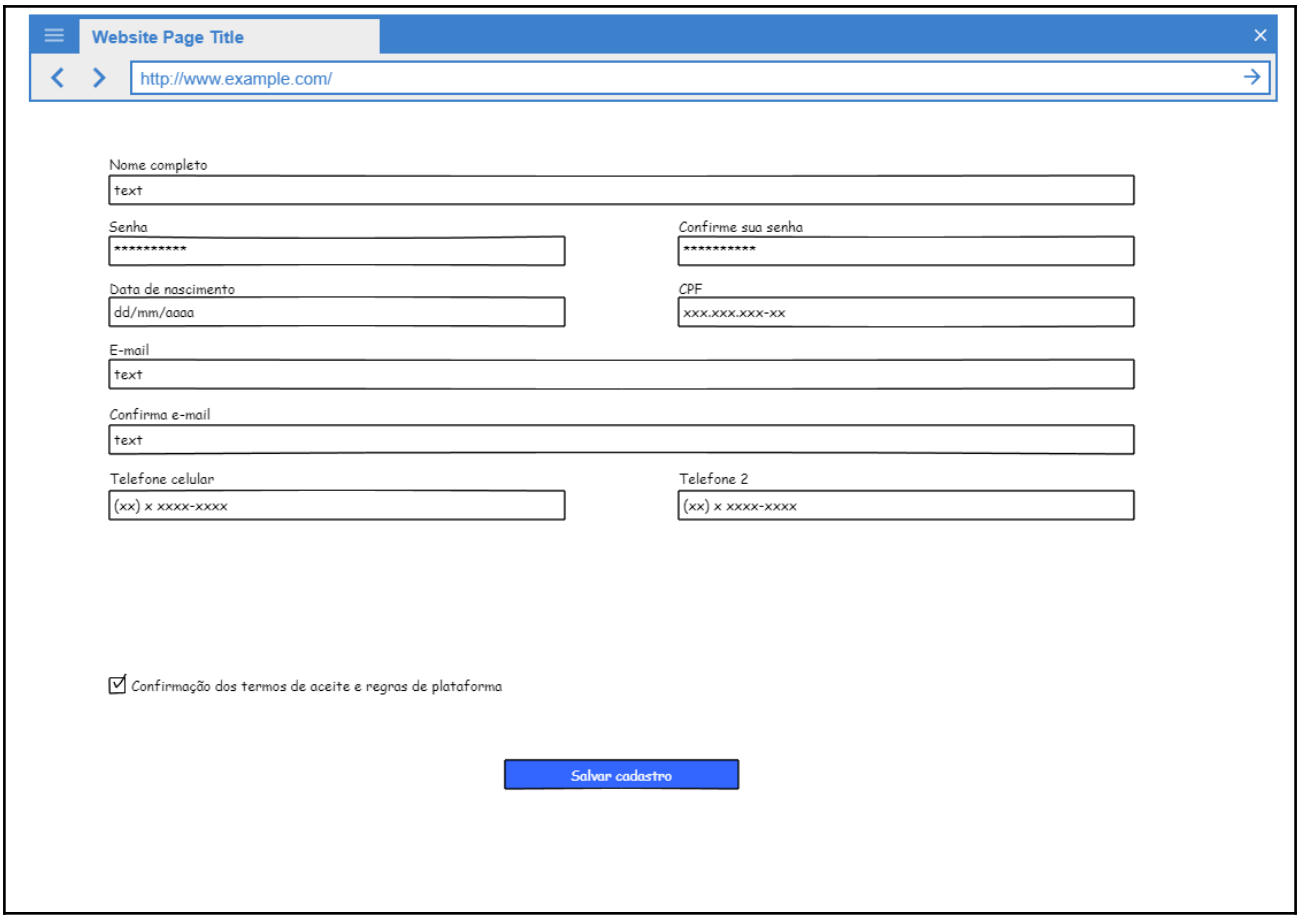
3.1.1 Protótipo telas paciente



3.1.2 Protótipo telas paciente responsável legal



3.2 Protótipo telas assessor



Nome do campo:	**Tipo do Campo**	**Máscara / Tamanho**	**Obrigatório**	**Regras:**
Campos perfil paciente				
Nome	varchar(255)		Sim	
Possui nome social	Checkbox		Não	Se campo for selecionado abre campo para escrever nome social
Nome social	varchar(255)		Sim	Obrigatório em caso do campo “Possui nome social” preenchido.

Senha	varchar(255)		Sim	Mínimo de 8 caracteres, ao menos 4 números, ao menos 4 letras e 1 (um) caractere maiúsculo.
Confirmar senha	varchar(255)		Sim	Mínimo de 8 caracteres, ao menos 4 números, ao menos 4 letras e 1 (um) caractere maiúsculo.
Data nascimento	Date	dd/mm/aaaa	Sim	
Gênero	Lista		Sim	
CPF	inteiro(11)	xxx.xxx.xxx-xx	Sim	
Tipo documento	lista		Não	• RG • Passaporte • CNH • Certidão de nascimento • Outro
Número do documento	Varchar(55)		Não	
E-mail	varchar(255)	…@...com	Sim	
Confirma e-mail	varchar(255)	…@...com	Sim	
Telefone celular	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Sim	

Telefone 2	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Não	
Plano de saúde	Lista		Sim	API ANS, necessário estudo sobre api e como será consumida e acessada no sistema. Permite inserir mais de um plano por cadastro
Número do plano de saúde	varchar(50)		Sim	Para cada plano cadastrado é necessário o número do plano do usuário.
CEP	Varchar(8)	xxxxx-xxx	Sim	
Rua	Varchar(55)		Não	
Número da rua	Varchar(10)		Sim	
Complemento	Varchar(255)		Não	
Bairro	Varchar(55)		Não	
Cidade	Varchar(55)		Não	
Tipo do anexo	Lista			• RG • CPF • Comprovante residência

				• Carteira plano de saúde • Certidão de nascimento • Outros
Anexo paciente	Imagem			Tipos permitidos, imagem, PDF, Word…
Confirmação dos termos de aceite e regras de plataforma	Checklist		Sim	Caso essa opção não seja aceita, não permite finalizar o cadastro.
Campos Responsável Legal				Se o campo responsável legal for preenchido ou se o usuário for menor de idade esses campos se tornam obrigatórios.
Paciente tem responsavel legal?	Checklist		Não	Se o campo responsável legal for preenchido ou se o usuário for menor de idade esses campos se tornam obrigatórios.
Relação com paciente	Varchar(255)		Sim	Qual relação entre paciente e responsável legal?
Motivo responsável	Varchar(255)		Sim	Porque o usuário necessita de um responsável legal?
Nome	varchar(255)		Sim	
CPF	inteiro(11)	xxx.xxx.xxx-xx	Sim	

Data nascimento	Date	dd/mm/aaaa	Sim	
E-mail	varchar(255)	…@...com	Sim	
Telefone celular	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Sim	
Utilizar o mesmo endereço do paciente?	Checklist		Não	Se essa opção for preenchida, os dados de endereço serão os mesmo usados anteriormente pelo paciente.
CEP	Varchar(8)	xxxxx-xxx	Sim	
Rua	Varchar(55)		Não	
Número da rua	Varchar(10)		Sim	
Complemento	Varchar(255)		Não	
Bairro	Varchar(55)		Não	
Cidade	Varchar(55)		Não	
Campos perfil assessor				

Nome	varchar(255)		Sim	
Senha	varchar(255)		Sim	Mínimo de 8 caracteres, ao menos 4 números, ao menos 4 letras e 1 (um) caractere maiúsculo.
Confirmar senha	varchar(255)		Sim	Mínimo de 8 caracteres, ao menos 4 números, ao menos 4 letras e 1 (um) caractere maiúsculo.
Data nascimento	Date	dd/mm/aaaa	Sim	
CPF	inteiro(11)	xxx.xxx.xxx-xx	Sim	
E-mail	varchar(255)	…@...com	Sim	
Confirma e-mail	varchar(255)	…@...com	Sim	
Telefone celular	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Sim	
Telefone 2	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Não	
Confirmação dos termos de aceite e regras de plataforma	Checklist		Sim	Caso essa opção não seja aceita, não permite finalizar o cadastro.

4. Revisões do documento

Data	Descrição	Responsável
27/10/2022	**Refinamento das informações da tela de cadastro de paciente e acessor.**	**Rafael Melo**