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_005

2.2. Título

Cadastro de clínica hospital

2.3. Descrição

Eu como Administrador/Assessor, posso cadastrar novas clínicas e hospitais no sistema.

2.4. Critérios de Aceitação da História de Usuário

Após efetuar o login no sistema, no canto superior direito no ícone Configuração de conta, uma lista com a opção "Cadastrar clínica/hospital" será apresentada.

Ao iniciar um cadastro de clínica/hospital no sistema, os seguintes campos serão solicitados.

- Campos
  - Nome fantasia
  - Nome razão social
  - CNPJ
  - E-mail
  - E-mail 2
  - E-mail 3
  - Telefone 1
  - Telefone 2
  - Telefone 3
  - Endereço
    - CEP
    - Rua
    - Número
    - Bairro
    - Cidade
  - Anexo
    - Logo da clínica

- Botão
  - Salvar

Todos os perfis têm acesso para cadastrar clínicas ou hospital.

Código Critério Aceitação	Descrição Critério Aceitação
001	Todos os campos descritos como obrigatórios devem estar preenchidos.
002	Todos os perfis têm acesso para cadastrar clínicas ou hospitais.
003	Ao salvar uma mensagem de sucesso deve ser mostrada na tela.
004	Caso ocorra algum erro e o sistema não consiga salvar, o sistema deve mostrar uma mensagem de erro informando que o cadastro não foi salvo

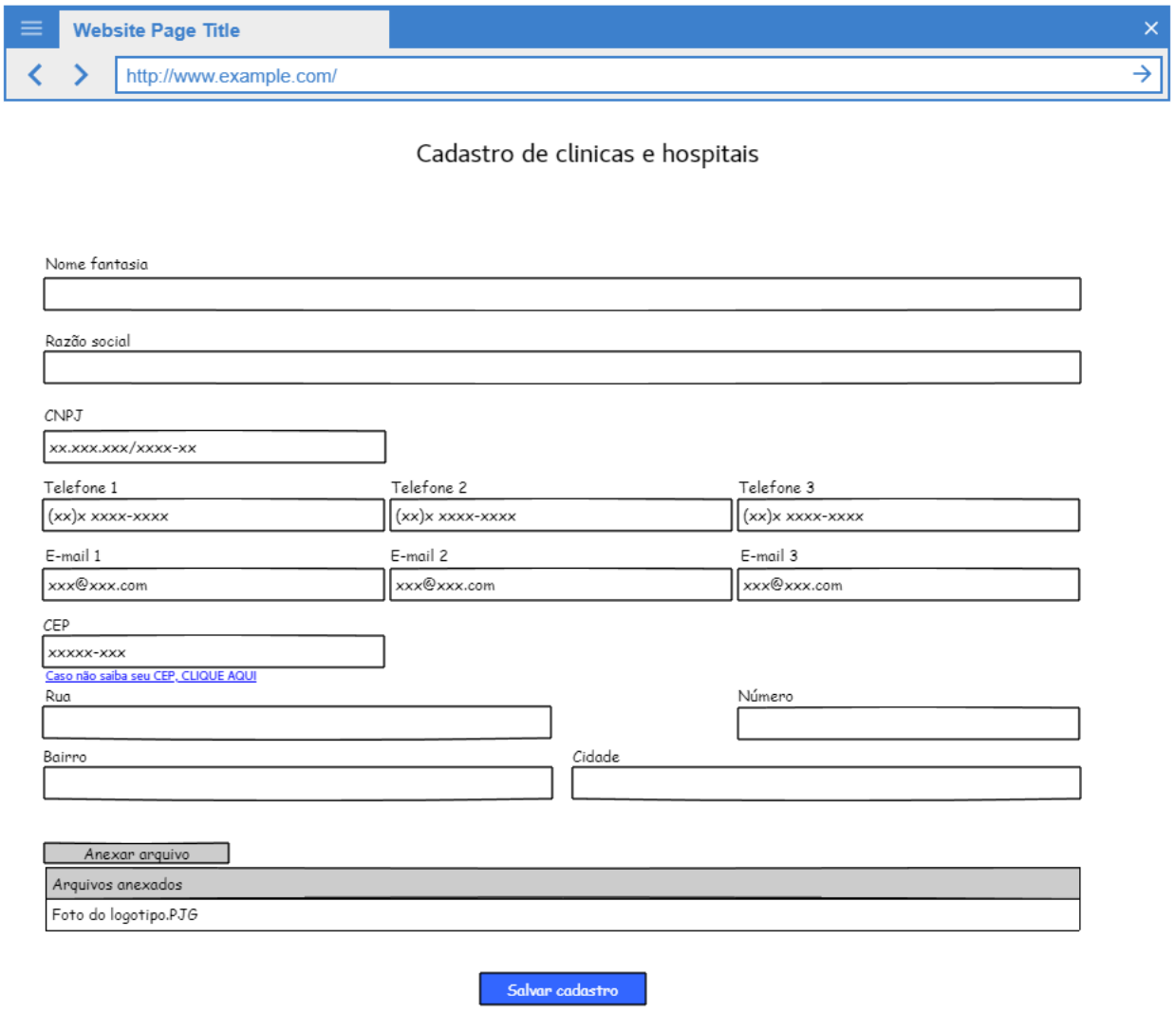
2.5 LGPD: A funcionalidade prevista para História de Usuário realiza a manipulação de dados pessoais e/ou dados sensíveis?

Sim		Não	X

Não se aplica

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

3.1. Protótipo telas



Nome do campo:	**Tipo do Campo**	**Máscara / Tamanho**	**Obrigatório**	**Regras:**
Nome fantasia	Varchar(255)		Sim	
Razão Social	Varchar(255)		Sim	
CNPJ	inteiro(18)	xx.xxx.xxx/xxxx-xx	Sim	
E-mail 1	varchar(255)	…@...com	Sim	
E-mail 2	varchar(255)	…@...com	Não	
E-mail 3	varchar(255)	…@...com	Não	
Telefone 1	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Sim	
Telefone 2	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Não	
Telefone 3	inteiro(11)	(xx)x xxxx-xxxx	Não	
CEP	Varchar(8)	xxxxx-xxx	Não	

Rua	Varchar(55)		Não	
Número da rua	Varchar(10)		Não	
Bairro	Varchar(55)		Não	
Cidade	Varchar(55)		Não	
Anexo	Imagem			Logotipo da clínica/hospital ou outras informações necessarias. Tipos permitidos, imagem, PDF, Word…

4. Revisões do documento		
Data	**Descrição**	**Responsável**