

## **Intranet**

**Link:** <https://siasc-frontend-novo-des.apps.nprd.caixa/#/home>

**Usuário:** C891280

**Senha:** Asc50888

**Matrícula:** 060542-4

**Versão:** 0.0.0.72

**Funcionalidade:** Novo Pedido > Inscrição no Programa de Medicamentos

**Campos E-mail e Telefone do passo 1 – Beneficiário não estão com as fontes do novo layout:**

← Voltar | [Início](#) > Novo Pedido > Inscrição no Programas de Medicamentos

### Inscrição no Programa de Medicamentos

Vamos começar! Precisamos saber quem é o beneficiário.

Beneficiário \*

HERTA PONTES NASSAR ROSENDO

Você gostaria de informar um contato adicional para recebimento das notificações do seu pedido?

E-mail – Opcional

Telefone – Opcional  
 (xx) XXXX-XXXX

[Voltar](#) [Continuar](#)

**Não possui a mensagem acerca dos tipos de documentos e tamanho permitidos abaixo de “Quase lá! Para finalizar, precisamos de alguns documentos.”:**

SIASC novo (como está)

[← Voltar](#) | [Início](#) > Novo Pedido > Inscrição no Programas de Medicamentos

## Inscrição no Programa de Medicamentos



**Quase lá! Para finalizar, precisamos de alguns documentos.**

⚠ Nenhum documento esperado para este pedido, até o momento.

[Voltar](#)

[Continuar](#)

SIASC antigo (como deveria estar)

[← Voltar](#) | [Início](#) > Novo Pedido > Inscrição no Programas de Medicamentos

## Inscrição no Programas de Medicamentos



**Quase lá! Para finalizar, precisamos de alguns documentos.**

Formatos: jpg, png, gif e pdf

Tamanho máximo por arquivo: 4 MB

⚠ Nenhum documento esperado para este pedido, até o momento.

[Voltar](#)

[Continuar](#)

O botão Reiniciar não está com a formatação do layout novo:

← Voltar | [Início](#) > Novo Pedido > Inscrição no Programas de Medicamentos

## Inscrição no Programa de Medicamentos

1 Beneficiário 2 Patologia 3 Documentos 4 Resumo

Confira o resumo do seu pedido e, se tudo estiver correto, clique em "Finalizar".

**Dados do beneficiário**

Beneficiário  
NÁIADE CAJUBA SYDNEY LINHARES

Informações adicionais de contato

Email  
—

Telefone  
—

**Patologia**

Patologia  
ALZHEIMER

**Deseja adicionar alguma informação?**

Preencha com informações adicionais que você considere relevantes para a análise do seu pedido.

**Reiniciar** **Finalizar**

O botão cancelar está divergente do novo padrão de layout:

## Inscrição no Programa de Medicamentos

1 Beneficiário 2 Patologia 3 Documentos 4 Resumo

Confira o resumo do seu pedido e, se tudo estiver correto, clique em "Finalizar".

**Dados do beneficiário**

Beneficiário  
NÁIADE CAJUBA SYDNEY LINHARES

Informações adicionais de contato

Email  
—

Telefone  
—

Deseja reiniciar a inscrição do pedido? ×

ATENÇÃO! Voltar ao inicio implicará na perda de todos os preenchimentos. Confirma a ação de reiniciar?

**Cancelar** **Continuar**