

Interface de usuário: Visualização do Perfil do Cliente pelo Profissional

1. Leiaute sugerido

Perfil Horários Sobre

Informações

Nome:

Telefone:

Nascimento: Cpf:

E-mail:

Chave pix:

Ficha de Anamnese

Já fez alguma cirurgia? ☒ Sim ☐ Não
Se sim, qual?

Toma algum remédio? ☒ Sim ☐ Não
Se sim, qual?

Toma anticoncepcional? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual?

Alergia a medicamento? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual?

Sabe qual é sua pressão? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual?

2. Relacionamentos com outras interfaces

Pode ser acessada pela profissional após clicar no botão de “Perfil do Cliente” na tela de “Solicitações de Serviços”

3. Campos

Número	Nome	Descrição	Valores válidos	Formato	Tipo	Restrições
1	Nome	Nome do usuário			Texto	Somente leitura
2	Telefone	Telefone do usuário		(00) 0000-00000	Texto	Somente leitura
3	Nascimento	Data de nascimento do usuário		DD/MM/AAAA	Texto	Somente leitura

4	E-mail	Email do cliente		exemplo@gmail.com	Texto	Somente leitura
5	Cpf	Cpf do usuário		454.454.455-45	Texto	Somente leitura
6	Chave Pix	Chave pix do usuário			Texto	Somente leitura
7	Já fez alguma cirurgia?	Pergunta se o cliente já fez alguma cirurgia	Sim / Não		Opção	Obrigatório
8	Se sim qual? - Cirurgia	Informa qual cirurgia o cliente fez			Caixa de texto	Obrigatório se sim
9	Toma algum remédio?	Pergunta se o cliente toma algum remédio	Sim / Não		Opção	Obrigatório
10	Se sim qual? - Remédio	Informa qual remédio o cliente toma			Caixa de texto	Obrigatório se sim
11	Toma anticoncepcional?	Pergunta se o cliente toma algum anticoncepcional	Sim / Não		Opção	Obrigatório
12	Se sim qual? - Anticoncepcional	Informa qual anticoncepcional o cliente toma			Caixa de texto	Obrigatório se sim
13	Alergia a medicamento?	Pergunta se o cliente tem alergia a algum medicamento	Sim / Não		Opção	Obrigatório
14	Se sim qual? - Alergia	Informa qual alergia a medicamento o cliente tem			Caixa de texto	Obrigatório se sim
15	Faz tratamento médico?	Pergunta se o cliente faz algum tratamento médico	Sim / Não		Opção	Obrigatório
16	Se sim qual? - Tratamento	Informa qual tratamento médico o cliente faz			Caixa de texto	Obrigatório se sim
17	Tem pressão	Informa se sim	Sim/Não		Opção	Obrigatório

	alta?	ou não				
18	Se sim qual?	Informa qual pressão		Texto		Obrigatório se sim.

4. Comandos

Número	Nome	Ação	Restrições
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			