

Paciente

<u>ID</u>	Nome	Data_Nasc	Endereço	Telefone	Email	CPF
-----------	------	-----------	----------	----------	-------	-----

Consulta

<u>ID</u>	Data	Hora	Status	Paciente	Recepicionista	Dentista	Tratamento	Pagamento
-----------	------	------	--------	----------	----------------	----------	------------	-----------

Recepicionista

<u>ID</u>	Nome	Telefone	Email
-----------	------	----------	-------

Dentista

<u>ID</u>	Nome	Telefone	Email	CRO	Especialidade
-----------	------	----------	-------	-----	---------------

Pagamento

<u>ID</u>	Método	Data	Valor
-----------	--------	------	-------

Tratamento

<u>ID</u>	Nome	Descrição	Custo
-----------	------	-----------	-------

Material Odontológico

<u>ID</u>	Nome	Descrição	Quantidade	Fornecedor
-----------	------	-----------	------------	------------

Fornecedor

<u>ID</u>	Nome	Endereço	Telefone
-----------	------	----------	----------

Gasto

Material Odontológico	Tratamento
-----------------------	------------

