

Faça o mapeamento relacional do diagrama de entidades e relacionamentos a seguir. Proponha atributos que, eventualmente, estiverem faltando.

Uma empresa administradora de planos de saúde controla as cobranças da sua rede credenciada de médicos, laboratórios, clínicas e hospitais conferindo o que é cobrado com o que é permitido pelos contratos dos seus clientes. Cada contrato de plano de saúde assinado com um cliente denominado titular que é responsável pelo pagamento das mensalidades e inclui outros clientes denominados dependentes que somente usufruem do plano de saúde. Ao contratar a cobertura de um plano de saúde o cliente informa seu CPF, nome, endereço e a lista dos seus dependentes, cada um com seu respectivo CPF. Nesse ato, o cliente escolhe um plano de saúde comercializado pela empresa. Cada plano de saúde, na sua descrição homologada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), especifica um conjunto de procedimentos médicos permitidos aos segurados e determina a quantidade máxima de vezes que um cliente poderá solicitar a execução do serviço anualmente. Após um cliente esgotar a quantidade permitida de um determinado procedimento, esse procedimento não é mais coberto pela administradora e se houver cobrança por parte da rede credenciada a cobrança será negada. Cada procedimento médico é codificado pela ANS que atribui um código a cada procedimento.

