Carro:

#registro

Marca

Cliente:

# Número

NOME

Endereço

Apólice:

#número

VALOR

Acidente:

#DATA

#HORA

Local

Médico:

NOME

#Número

Especialidade

N

N

Paciente:

NOME

#número

Endereço

N

Tipo de Exame:

Aceita Convênio

Requisitos

#VALOR

1 N

1 N

PROJETO

#número

#orçamento

#Data

#horas

FUNCIONÁRIO

#número

#salário

#telefone

1 N

1 1

FORNRCEDORES

#número

Endereço

DEPARTAMENTO

#número

#setor

N

N

PEÇAS

#número

#peso

cor

DEPÓSITO

#número

Endereço

1 N

VENDEDOR

#código

#comissão

Endereço

Nome