**DESCRIÇÃO SP MEDICAL GROUP**

**Clínica**

- ID;

- Nome;

- Razão Social;

- CNPJ;

- Endereço;

- Hora de funcionamento.

**Usuário**

- ID;

- Nome;

- Telefone;

- E-mail;

- Tipo de usuário.

**Tipo de Usuário**

- ID;

- Tipo;

**Especialidade**

- ID;

- Nome.

**Consultas/Agendamento**

- ID;

- Paciente;

- Médico;

- Data de Agendamento/Hora.

- Observação;

- ID Situação.

**Médico**

- ID;

- CRM;

- ID Especialidade;

- ID Usuário.

**Pacientes**

- ID;

- ID Usuário;

- CPF;

- RG;

- Data Nascimento;

- Endereço.

**Situação**

- ID;

- Status.