**AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO E REPRESENTAÇÃO**

À Cemig

Eu, CPF ,

Matrícula , exercendo a função de , autorizo que

CPF , exercendo a função de , me acompanhe e represente em avaliações dos serviços médicos, bem como em reuniões para tratar do meu processo de readaptação.

Cordialmente,

Local, data

Assinatura