



**ANEXO VI**

**MEMORIAL DESCRITIVO – LMO PARA HOSPITAIS**

**1. Caracterização do estabelecimento:**

- a. Razão social:
- b. CNPJ:
- c. Endereço:
- d. Atividade / especialidades (descrever todas as atividades realizadas no estabelecimento):
- e. Nome / Contato dos profissionais responsáveis pelas áreas de administração, manutenção e gestão dos resíduos:

**2. Capacidade Operacional:**

- a. Área total construída - ATC:
- b. Número total e descrição das salas por pavimento (descrever todos os setores dentro da unidade):
- c. Número de funcionários:
- d. Número médio de pacientes atendidos por dia:
- e. Número total de leitos:

**3. Serviços de diagnóstico por imagem: ( ) SIM ( ) NÃO**

- a. ( ) Revelação digital;
- b. ( ) Uso de revelador/fixador - Descrever a forma de contenção para os efluentes de revelador e fixador:

**4. Subestação de energia elétrica: ( ) SIM ( ) NÃO**

- a. Quantidade de transformadores:
- b. Potência de cada transformador:
  
- c. Transformadores a seco?  
( ) SIM  
( ) NÃO – Responder conforme a seguir:  
– Qual é o tipo de líquido isolante do transformador?  
( ) Óleo mineral ( ) Fluido de alto ponto de combustão (classe K)  
  
– Qual é volume de líquido isolante armazenado em cada transformador?



–Qual é o ano de fabricação dos transformadores? **Comprovar com foto e/ou datasheet.** Obs. As Subestações com transformadores fabricados anteriormente ao ano de 1990, deverão apresentar laudo contendo análises laboratoriais a fim de comprovar que estão livres de contaminação por Bifenilas Policloradas (PCB).

–Descrever forma de contenção para caso de vazamento, com memória de cálculo:

**5. Gerador de energia elétrica: ( ) SIM ( ) NÃO**

- a. Quantidade de geradores:
- b. Potência de cada gerador:
- c. Qual é o combustível?
- d. Qual é o tipo de uso?

( ) - Tipo 1 - Uso Emergencial - CGEE cujo o emprego se dá somente em casos de interrupção do fornecimento de energia pela concessionária local;

( ) - Tipo 2 - Uso Temporário - CGEE empregada em eventos de pequena duração em períodos inferiores a 6 meses;

( ) - Tipo 3 - Uso em Horário de Ponta - CGEE empregada de forma contínua visando complementar o fornecimento de energia elétrica, em horários de maior consumo de energia;

( ) - Tipo 4 - Uso Contínuo - CGEE empregada regularmente, em períodos diários de uso igual ou superior à 8 horas.

- e. Descrever a forma de abastecimento (manual com bombonas, com mangueira ou tubulação vinda de um tanque maior, direto do caminhão com mangueira, etc.):
- f. Descrever estocagem de combustível (número de reservatórios, capacidade volumétrica de cada reservatório, tipo de reservatório, sistema de contenção, as dimensões da bacia de contenção; forma de drenagem e dimensões das canaletas e caixa coletora para atender a possíveis vazamentos de óleo combustível e/ou lubrificantes):

**6. Sistema de gases medicinais: ( ) SIM ( ) NÃO**

- a. Descrever tipo de gás, quantidade armazenada (em massa) e forma de armazenamento:
- b. Existe armazenamento de produto inflamável e/ou combustível próximo? Caso tenha, qual é a distância? Existe alguma barreira vedada e resistente ao fogo? Descrever:



**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**  
**Secretaria Municipal de Conservação e Meio Ambiente**

**7. Cozinha: ( ) SIM ( ) NÃO**

- a. Número de refeições servidas por dia:
- b. Especificações da caixa de gordura:

**8. Sistema de abastecimento de gás (marcar "X" para o sistema adotado):**

- a. ( ) Rede pública da CEG
- b. ( ) Armazenagem de GLP
  - i. Descrever quantidade armazenada (em massa):
  - ii. Descrever a forma de armazenamento (onde está; como está o piso; o que tem ao redor; quantos recipientes e/ou cilindros tem; recipientes e/ou cilindros cheios ficam armazenados junto com os vazios; existe alguma abertura, ralo ou boca de lobo por perto que possibilite a drenagem (escoamento) para a rede pluvial; o local para armazenamento está acima do nível ao redor; possui ventilação; existe alguma depressão por perto onde possa haver acúmulo de gás?):

**9. Outras informações:**

- a. Descrever fluido refrigerante utilizado na central de refrigeração e/ou câmaras frigoríficas:

\_\_\_\_\_

**ATESTO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE  
FCA/MEMORIAL DESCRITIVO.**

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS:	
IDENTIDADE:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:
CPF:	
REGISTRO PROFISSIONAL: CONSELHO:	
TELEFONE DE CONTATO:	
E-MAIL:	

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA ASSINATURA