

17. Detalhes da Transacção (Para todo(s) o(s) indivíduo(s)/Entidade(s) associados a esta Transacção Suspeita, deve preencher em separado um Formulário Suplementar A/B com os elementos de identificação e informações associadas relativas a cada um dele(s).											
Detalhes da Transacção			Indivíduo reportado/ Empresa/Organização				Fluxo dos fundos/bens envolvidos (→ or ←)	Contraparte(s) na Transacção (incluindo outra(s) conta(s) do(s) indivíduo(s)/entidade(s) reportada(s) ou qual(is)quer outro(s) indivíduo(s)/entidade(s) relacionada(s))			
Data da Transacção	Hora	Tipo de transacção ¹	Número de conta ²	Titular da conta	Divisa	Valor		Número da conta ²	Titular da conta	Divisa	Valor

- Exemplo : a. Dinheiro ` b. Cheque ` c. Transferência electrónica ` d.. Ordem de caixa ` e. Cartão de Crédito ` f. Cheques de Viagem ` g. Saques bancários ` h. Cartão de débito ` i. Carta de crédito ` j. Transferência para conta ` k. Máquina de depósito de divisas/ATM ` z. Outras...etc.
- Por favor preencha os elementos detalhados de identificação da conta nos Formulário(s) Suplementar(es) relacionados na secção A14 ou B15 ; Indique DINHEIRO para qualquer transacção em dinheiro relacionada.

(Mapa suplementar A)

A10. Número de telefone : (____) _____		Número de fax: (____) _____									
Número de telemóvel: (____) _____		E-mail : _____									
A11. Tipo de relacionamento com a entidade participante: (Preencha o espaço com o correspondente código) <input type="checkbox"/>											
(1) Novo cliente (2) Cliente existente (3) Fornecedor (4) Promotor de jogos de fortuna ou azar em casino											
(5) Mediador de seguros (6) Empregador (Favor indicar a posição que ocupa: _____)											
(7) Ex-Cliente (9) Outros: _____											
A12. Ainda mantém o relacionamento com o indivíduo participado? (Preencha o espaço com o correspondente código) <input type="checkbox"/>											
(2) Sim											
(4) Não. Por favor indique a razão. (Preencha o espaço com o correspondente código) <input type="checkbox"/>											
1) Cessaçãõ de relacionamento comercial.											
2) Despedimento.											
9) Outra: _____											
A13. Data do termo da relação (se aplicável):											
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
(ano / mês / dia)											
As demais informações são preenchidas apenas pelas entidades sujeitas à supervisão da AMCM (Secções A13-A15)											
A14. Contas envolvidas											
(A ser preenchido apenas por instituições financeiras. Se necessário, forneça mais informação no formulário em anexo)											
	Conta (1)	Conta (2)									
País/Região & Nome do Banco*											
Número da conta											
Tipo da conta											
Data de abertura da conta (ano/mês/dia)											
Balanço da conta (Divisa e Montante à data da participação)											
Nome do titular da conta											
	Conta (3)	Conta (4)									
País/Região & Nome do Banco*											
Número da conta											
Tipo da conta											
Data de abertura da conta (ano/mês/dia)											
Balanço da conta (Divisa e Montante à data da participação)											
Nome do titular da conta											
A15. Apólices envolvidas (A ser preenchido apenas por <i>Companhias de Seguros/Intermediários de Seguros</i> . Se necessário, forneça mais informação no formulário em anexo)											
	Apólice (1)	Apólice (2)	Apólice (3)								
Número da apólice											
Tipo da apólice de seguros											
Data da apólice (ano/mês/dia)											
Divisa e capital seguro											
Nome do segurado											
Nome do tomador do seguro (Se diferente do segurado)											
Nome do beneficiário (se houver)											
A16. Planos de Pensões envolvidos (A ser preenchido apenas por <i>Gestores de Fundos Privados de Pensões</i> . Se necessário, forneça mais informação no formulário em anexo)											
	Plano de Pensões(1)	Plano de Pensões(2)	Plano de Pensões(3)								
Número do Plano de Pensões											
Tipo de plano											
Data de validade do plano (ano/mês/dia)											
Contribuições (Divisa e Quantidade)											
Nome do participante no plano											
Nome do beneficiário (se houver)											

*quando as contas relacionadas sejam de bancos remissores/receptores, por favor indique a respectiva localização e identificação

