





Parte II – Dados sobre as transacções suspeitas

9. Número total de entidades participadas que efectuem transacções suspeitas:

- (1) Número total de indivíduo(s) participado(s): \_\_\_\_\_ (Preencha para cada indivíduo participado, um mapa suplementar A)
(2) Número total de empresa(s) / organização(ões) participada (as): \_\_\_\_\_ (Preencha para cada empresa / organização participada, um mapa suplementar B)

10. Tipo de transacções suspeitas (Assinale com um ✓ o espaço adequado, podendo optar por mais de um, se necessário)

- a. Troca de moeda / conversão em numerário
b. Transferência electrónica
c. Bancos ilegais / Outros serviços de transferência alternativos
d. Transacção em casa de penhor
e. Investimento no mercado de capitais
f. Uso de contas junto aos bancos domiciliados no exterior
g. Uso de bancos / sociedades "offshore"
h. Uso de "Shell Company / corporations"
i. Abertura de conta bancária / depósito em numerário / depósito em cheque / emissão de cheque / nota de cheque etc.
j. Apostas (casinos, salas de "slot machines", lotarias, apostas mútuas, promotores de jogos)
k. Transacção de seguro (seguro "Lump sum", alteração do nome do beneficiário / extinção do contrato de seguro, etc.)
l. Aquisição de bens de elevado valor unitário (jade, metais preciosos, antiguidades, etc.)
m. Aquisição de bens de elevado valor (prédios / veículos, barcos, etc.)
n. Aquisição de outros bens
o. Uso de serviços profissionais (advogados, solicitadores, notários, conservadores, contabilistas, auditores, consultores fiscais, etc.)
p. Outros (Por favor indicar \_\_\_\_\_)

11. Os referidos pagamentos foram efectuados através da Internet? (2) Sim (4) Não

12. Data / período das transacções suspeitas: De [ ]/[ ]/[ ] a [ ]/[ ]/[ ]

13. Número de transacções suspeitas envolvidas: [ ]

14. Divisas e montantes envolvidos (Por favor preencha o montante respectivo, podendo preencher montantes respeitantes a mais de uma divisa se necessário. A entidade participante deve preencher o montante da transacção na divisa original, v.g. a entidade participante deverá reportar o montante de 100,000 US Dólares com a inscrição '100,000.00' na coluna respeitante a USD)

Table with columns for currency (MOP, HKD, RMB, JPY, EURO, USD, CAD, AUD, NZD, Outras) and a grid for entering amounts.

15. Local de origem e local de destino dos fundos suspeitos: (Podem ser indicados um ou mais países de origem ou destino)

Table with columns for 'Local de origem' (País, Província/Cidade) and 'local de destino' (País, Província/Cidade).

16. Forma de pagamento (Assinale com um ✓ o espaço adequado, podendo optar por mais de um, se necessário)

- a. Numerário
b. Cheque
c. Transferência electrónica
d. Livrança
e. Cartão de crédito
f. Cheque de viagem
g. Letra de câmbio
h. Cartão de débito
i. Nota de crédito
j. Transferência bancária
k. Outras (Por favor indicar \_\_\_\_\_)





**(Mapa suplementar A)**

**A09.** Número de telefone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Número de telemóvel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**A10.** Tipo de relacionamento com a entidade participante: (Preencha o espaço com o correspondente código)

(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: \_\_\_\_\_

**A11.** Ainda mantém o relacionamento com o indivíduo participado? (Preencha o espaço com o correspondente código)

(2) Sim  
 (4) Não. Por favor indique a razão. (Preencha o espaço com o correspondente código)

1) Cessaçãõ de relacionamento comercial.  
 2) Despedimento.  
 9) Outra: \_\_\_\_\_

**A12.** Data do termo da relação (se aplicável):  /  /   
 (ano / mês / dia)

**As demais informações são preenchidas apenas pelas entidades sujeitas à supervisão da AMCM (Secções A13-A15)**

**A13. 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		

**A14. Apólices envolvidas** (A ser preenchido apenas por *Companhias de Seguros/Intermediários de Seguros*. 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)			

**A15. Planos de Pensões envolvidos** (A ser preenchido apenas por *Gestores de Fundos Privados de Pensões*. 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.



**(Mapa suplementar B)**

**B11.** Número de telefone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Número de telemóvel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 (Do representante legal)

**B12.** Tipo de relacionamento com a entidade participante: (Preencha o espaço com o correspondente código)   
 (1) Novo cliente (2) Cliente existente (3) Fornecedor (4) Corretor de seguros / Gestor de fundo de pensões  
 (5) Ex-Cliente (9) Outros \_\_\_\_\_

**B13.** Ainda mantém o relacionamento com a entidade participada? (Preencha o espaço com o correspondente código)   
 (1) Sim  
 (3) Não (Por favor de indicar a razão: \_\_\_\_\_)

**B14.** Data do termo da relação (se aplicável):  /  /   
 (ano / mês / dia)

**As demais informações são preenchidas apenas pelas entidades sujeitas à supervisão da AMCM (Secções B15-B17)**

**B15. 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 de 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 de conta		
Data de abertura da conta (ano/mês/dia)		
Balanço da conta (Divisa e Montante à data da participação)		
Nome do titular da conta		

**B16. Apólices envolvidas** (A ser preenchido apenas por *Companhias de Seguros/Intermediários de Seguros*. Se necessário, forneça mais informação no formulário em anexo)

	Apólice (1)	Apólice (2)	Apólice (3)
Número da apólice			
Tipo de 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)			

**B17. Planos de Pensões envolvidos** (A ser preenchido apenas por *Gestores de Fundos Privados de Pensões*. 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 Montante)			
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.



