

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ao  
GAC – Grupo de Avaliação de Café  
Praça Dom José Gaspar nº 30 – 22º andar  
01047-010 – São Paulo - SP

**Ref. Solicitação de Análises (GAC)**

Encaminhamos em anexo amostras de café, para realização das seguintes análises:  
Assinale com “X” no código de análise:

Código da Análise			Marca do Café	Qtde Amostras
QG	COB	HIST		

**LEGENDA:**

**QG:**Avaliação segmentada dos atributos de qualidade (aroma,corpo,amargor etc..)

**COB:**Avaliação de Café Verde,(bebida,peneira,tipo etc)

**HIST:**Avaliação da identidade do café por meio de análise histológica.

**Empresa :** .....  
**Solicitante:** .....  
**Endereço :** .....  
**Bairro :** ..... **CEP :** ..... **Cid :** ..... **EST :** .....  
**CNPJ :** ..... **Ins Est :** .....  
**Tel :** ..... **Fax :** .....  
**E-mail :** .....

**Observações:**

1. Fica ciente que a entrega do laudo depende da confirmação do pagamento.
2. Assinalar a opção de cobrança:

- Pagamento por depósito bancário**  
(neste caso, faça o depósito para o Sindicafé - SP e envie cópia do comprovante junto com a cópia desta carta)
- Pagamento por boleto bancário**  
(neste caso, envie cópia desta carta ao Sindicafé - SP e aguarde a emissão do boleto)

**Dados para cobrança**

**Empresa :** .....  
**Endereço :** .....  
**Bairro :** ..... **CEP :** ..... **Cid :** ..... **EST :** .....  
**CNPJ :** ..... **Ins Est :** .....  
**Tel :** ..... **Fax :** .....  
**E-mail :** .....



Grupo de  
Avaliação de Café

Sindicato da Indústria do Café do Estado de São Paulo  
Grupo de Avaliação de Café  
FO-046 Carta Modelo de Solicitação de Análise Rev. 01

***Para preenchimento do GAC***

<b>Data de Recebimento:</b>	<b>Responsável</b>	<b>Aprovado</b>	<b>Data de envio do laudo:</b>

**Observação:**

**Prazo de entrega do laudo 30 dias úteis a partir do recebimento da amostra. Para amostras terceirizadas 40 dias úteis.**

---

**Assinatura do Responsável**