



SCAA - Formulário de Avaliação Sensorial de Café

Nome: _____

Data: _____

Escala de Qualidade:			
6.00 - Bom	7.00 - Muito Bom	8.00 - Excelente	9.00 - Excepcional
6.25	7.25	8.25	9.25
6.50	7.50	8.50	9.50
6.75	7.75	8.75	9.75

Amostra #	Nível de torra	Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Total	
		Fragrância/Aroma		Sabor		Acidez		Corpo		Uniformidade		Xicara Limpa			Geral
		Secco Qualidades Crosta		Finalização		Intensidade Alta Baixa		Intensidade Muito Pouco		Balanço		Doçura		Defeitos Leve=2 Forte=4	
Obs:														Total Final	

Amostra #	Nível de torra	Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Total	
		Fragrância/Aroma		Sabor		Acidez		Corpo		Uniformidade		Xicara Limpa			Geral
		Secco Qualidades Crosta		Finalização		Intensidade Alta Baixa		Intensidade Muito Pouco		Balanço		Doçura		Defeitos Leve=2 Forte=4	
Obs:														Total Final	

Amostra #	Nível de torra	Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Pontos:		Total	
		Fragrância/Aroma		Sabor		Acidez		Corpo		Uniformidade		Xicara Limpa			Geral
		Secco Qualidades Crosta		Finalização		Intensidade Alta Baixa		Intensidade Muito Baixa		Balanço		Doçura		Defeitos Leve=2 Forte=4	
Obs:														Total Final	