



DPrev

SUPLEMENTO ALIMENTAR DE
VITAMINA D₃ EM SOLUÇÃO GOTAS

Myralis
pharma

APRESENTAÇÃO

400UI: Frasco com 10mL.
1000UI: Frasco com 10mL.

Uso oral.

INFORMAÇÕES

DPrev possui alto teor de vitamina D₃. Esta vitamina auxilia na formação de ossos e dentes, na absorção de cálcio e fósforo, no funcionamento do sistema imune, no funcionamento muscular, na manutenção de níveis de cálcio no sangue e no processo de divisão celular.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

Porção de 0,165 mL (5 gotas) – 400UI

Quantidade por porção	VD (*) 7-11 meses	VD (*) 1-3 anos	VD (*) 4-8 anos	VD (*) 9-18 anos	VD (*) Acima de 19 anos	VD (*) Gestantes	VD (*) Lactantes
Vitamina D ₃ 400UI	200%	600%	600%	1000%	1000%	1000%	1000%

Não contém quantidade significativa de valor energético, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, fibra alimentar e sódio.

* %Valores Diários calculados com base nos valores de IDR estabelecidos pela Resolução RDC n° 269/05. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

Ingredientes: vitamina D₃ (colecalfiferol), veículo: triglicérides de ácido cáprico e caprílico, aromatizante: aroma de frutas, antioxidante: dl-alfa tocoferol (vitamina E).

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

Porção de 0,165 mL (5 gotas) – 1.000UI

Quantidade por porção	VD (*) 1-3 anos	VD (*) 4-8 anos	VD (*) 9-18 anos	VD (*) Acima de 19 anos	VD (*) Gestantes	VD (*) Lactantes
Vitamina D ₃ 1.000UI	500%	500%	1000%	1000%	1000%	1000%

Não contém quantidade significativa de valor energético, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, fibra alimentar e sódio.

* %Valores Diários calculados com base nos valores de IDR estabelecidos pela Resolução RDC n° 269/05. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

Ingredientes: vitamina D₃ (colecalfiferol), veículo: triglicérides de ácido cáprico e caprílico, aromatizante: aroma de frutas, antioxidante: dl-alfa tocoferol (vitamina E).

Folheto DPrev Gotas (1/2)

Faca: 128x230mm

Código do item: 202817

Revisão do item: 00

Data: 03/09/2018

Pharmacode: 000000101 (516)

Cores:



Observações

Descrição de todas as alterações feitas em relação à versão anterior.

16/08/2018 - Lançamento Dprev Gotas - CM 0013/2018 A-A Lançamento Dprev gotas Alimento

Design	Desenvolvimento	Compras	Marketing
<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____
Regulatório	Controle de Qualidade	Garantia da Qualidade	Responsável Técnica(o)
<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____

Atenção: as cores de provas geradas a partir de impressoras inkjet ou laser são apenas indicativas. A impressão final deverá obedecer o padrão especificado na legenda.

NÃO CONTÉM GLÚTEN. NÃO CONTÉM AÇÚCARES.



Recomendação de consumo:

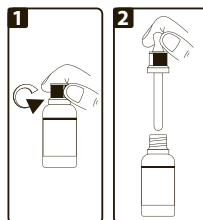
400UI - Crianças de 7-11 meses: 1 gota ao dia.
Crianças de 1 a 8 anos: 1 a 3 gotas ao dia.
Crianças acima de 9 anos, adultos, gestantes e lactantes: 1 a 5 gotas ao dia.

1000UI - Crianças de 1 a 8 anos: 1 gota ao dia.
Crianças acima de 9 anos, adultos, gestantes e lactantes: 1 a 2 gotas ao dia.

**Este produto não é um medicamento.
Não exceder a recomendação diária de consumo indicada na embalagem. Mantenha fora do alcance de crianças.**

Modo de uso:

1. Destampe o frasco.
2. Insira o conta-gotas com o bulbo apertado para aspirar a quantidade suficiente da porção pretendida.



Sabor de frutas.
Contém aromatizante de frutas.

Cuidados de conservação: Conservar o produto em temperatura ambiente (entre 15 e 30° C). Proteger da luz.

Farmacêutico Responsável
Carlos Henrique Baldin Filho
CRF – SP nº 66.272

Notificado e fabricado por: Ativus Farmacêutica Ltda
Rua Emílio Mallet, 317 - Sala 1005 -
Tatuapé - CEP 03320-000 - São Paulo/SP
CNPJ 64.088.172/0001-41
Indústria Brasileira

Comercializado por: Myralis Indústria Farmacêutica Ltda
Rua Rogélia Gallardo Alonso, 650
Caixa Postal 011
CEP 13860-000 - Aguai/SP
CNPJ 17.440.261/0001-252
Indústria Brasileira



202817 • 128x230mm • FO-00



0800 771 2010
sac@myralis.com.br
www.myralis.com.br



Folheto DPrev Gotas (2/2)

Faca: 128x230mm

Código do item: 202817

Revisão do item: 00

Data: 03/09/2018

Pharmacode: 000000101 (516)



Cores: 
Pantone Black C

Observações Descrição de todas as alterações feitas em relação à versão anterior.

16/08/2018 - Lançamento Dprev Gotas - CM 0013/2018 A-A Lançamento Dprev gotas Alimento

Design	Desenvolvimento	Compras	Marketing
<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____
Regulatório	Controle de Qualidade	Garantia da Qualidade	Responsável Técnica(o)
<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____	<input type="checkbox"/> aprovado <input type="checkbox"/> reprovado Data: ____/____/____ Visto: _____ Obs.: _____

Atenção: as cores de provas geradas a partir de impressoras inkjet ou laser são apenas indicativas. A impressão final deverá obedecer o padrão especificado na legenda.