



# DPrev

SUPLEMENTO ALIMENTAR DE  
VITAMINA D<sub>3</sub> EM SOLUÇÃO GOTAS

Myralis  
pharma

## APRESENTAÇÃO

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

Uso oral.

## INFORMAÇÕES

DPrev possui alto teor de vitamina D<sub>3</sub>. 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 <sub>3</sub> 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 D<sub>3</sub> (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 <sub>3</sub> 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 D<sub>3</sub> (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:**

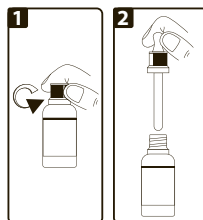
400UI - Crianças de 7-11 meses: 1 gota ao dia.  
Crianças de 1 a 8 anos: 1 a 3 gotas ao dia.  
Crianças acima de 9 anos, adultos, gestantes e lactantes: 1 a 5 gotas ao dia.

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.