



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



PROCESSO	10140.720619/2018-21
ACÓRDÃO	2001-007.289 – 2ª SEÇÃO/1ª TURMA EXTRAORDINÁRIA
SESSÃO DE	17 de setembro de 2024
RECURSO	VOLUNTÁRIO
RECORRENTE	HILDEBRANDO COELHO NETO
INTERESSADO	FAZENDA NACIONAL

Assunto: Imposto sobre a Renda de Pessoa Física - IRPF

Exercício: 2007

DESPESAS MÉDICAS. PLANO DE SAÚDE. COMPROVAÇÃO.

A dedução com despesas médicas somente é admitida se comprovada com documentação hábil e idônea. No caso de planos de saúde, a documentação deve apontar expressamente os beneficiários dos serviços.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, em negar provimento ao Recurso Voluntário.

(documento assinado digitalmente)

Honorio Albuquerque de Brito - Presidente e Relator(a)

Participaram do presente julgamento os Conselheiros: Andressa Pegoraro Tomazela (substituto[a] integral), Marcelo Milton da Silva Risso, Raimundo Cassio Goncalves Lima, Wilderson Botto, Wilsom de Moraes Filho, Honorio Albuquerque de Brito (Presidente). Ausente(s) o conselheiro(a) Lilian Claudia de Souza.

RELATÓRIO

A seguir transcreve-se o relatório do acórdão nº 12-113.551 da 18ª Turma da DRJ no Rio de Janeiro/RJ (fls. 40 e segs.).

“Contra o sujeito passivo acima identificado foi expedida notificação de lançamento referente a Imposto de Renda Pessoa Física, exercício 2015, ano-calendário 2014, consubstanciando saldo de imposto a restituir no valor de R\$ 8.826,24.

A autuação decorreu de glosa das despesas médicas, no total de R\$7.293,90, detalhadas na notificação de lançamento, “DESCRIÇÃO DOS FATOS E ENQUADRAMENTO LEGAL”.

As despesas médicas ou de hospitalização, e com Planos de Saúde, que são legalmente dedutíveis restringem-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte para o seu próprio tratamento ou o de seus dependentes relacionados na Declaração de Ajuste Anual, incluindo-se os alimentandos, em razão de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente, ou por escritura pública, desde que assim esteja expressamente determinado no instrumento apresentado. O contribuinte não relaciona dependentes ou alimentandos na declaração apresentada. Desta forma, é dedutível apenas a despesa do próprio contribuinte (titular). Assim, a despesa com ANDRÉ BARBOSA COELHO, beneficiário do plano da SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE foi glosada por falta de previsão legal.

Cientificado do lançamento em 06/03/2018, o sujeito passivo apresentou impugnação em 12/03/2018.

O interessado impugnou o lançamento alegando que no atendimento da Antecipação de Análise da DIRPF, referente ao Termo de Intimação Fiscal nº 2015/615093807021226, equivocadamente foi anexado uma Declaração da AMASUL, em nome do contribuinte André Barbosa Coelho, quando o correto, seria anexar a Declaração em nome do contribuinte HILDEBRANDO COELHO NETO, coincidentemente no mesmo valor da anterior, de R\$ 7.293,90

Desta forma, solicita reconsideração ao Atendimento de Malha, e anexa a esta Impugnação a Declaração de Seguro Saúde Sul América correta, em nome do contribuinte HILDEBRANDO COELHO NETO, CPF 031.138.501-00, no valor de R\$ 7.293,90, tendo em vista que o erro informal do documento anexado de forma equivocada não exclui a veracidade da informação. “

Após análise, a DRJ não acatou os argumentos da contribuinte. Do voto do acórdão recorrido:

“A Lei 9.250/1995, art. 8º, II, "a", §§ 2º e 3º, dispõe que na declaração de ajuste anual, poderão ser deduzidos da base de cálculo do imposto de renda os pagamentos feitos, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas provenientes de exames laboratoriais e serviços radiológicos, restringindo-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte relativos ao seu tratamento e ao de seus dependentes.

A dedução fica condicionada ainda a que os pagamentos sejam especificados e comprovados, com indicação do nome, endereço e CPF ou CNPJ de quem os recebeu, podendo, na falta de documentação, ser feita indicação de cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento, não se aplicando às despesas ressarcidas por entidade de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro.

Consideram-se também despesas médicas ou de hospitalização os pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no Brasil destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza, restringindo-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao seu próprio tratamento ou a de seus dependentes (IN RFB 1500/2014, art. 94, §§1º e 2º).

Faz-se mister ressaltar que ao fazer pagamentos de despesas onde o contribuinte pleiteará *a posteriori* a dedução para fins de cálculo do imposto de renda a pagar ou a restituir, a interessada tem que se cercar de precauções para a eventualidade da respectiva comprovação, conforme o disposto no art. 73 do Decreto nº 3.000/1999: “*Todas as deduções estão sujeitas a comprovação ou justificação, a juízo da autoridade lançadora (Decreto-Lei nº 5.844, de 1943, art. 11, §3º)*”.

Nesse sentido, cabe esclarecer que recibos e declarações, porquanto manifestações unilaterais, não se prestam à comprovação inequívoca da ocorrência dos fatos neles descritos, sejam pagamentos, sejam os serviços. Quando muito, podem instrumentalizar uma discussão de direito entre as partes, circunscrita a essa relação privada, não tendo eficácia plena perante terceiros, mormente a Fazenda Pública e, ainda mais, quando se pretende, como no caso, modificar a base de cálculo de tributo.

Por pertinente, vale observar que o Código Civil quando estabelece os requisitos básicos, por exemplo, para que um documento seja considerado prova de quitação, o faz tendo em vista a oposição deste documento em relação aos seus signatários, não em relação à Administração Pública.

Inclusive, não há que se cogitar em inversão do ônus da prova, tendo em vista que declarar deduções para efeito de cálculo do imposto de renda não é uma obrigação do contribuinte. Todavia, a partir do momento que as deduz, o sujeito passivo fica na obrigação de comprová-las perante a Fazenda Nacional e a critério da autoridade tributária, tudo em respeito ao que a legislação tributária determina.

Não é demais esclarecer que todo esse cuidado diz respeito à proteção do próprio Estado, em sentido amplo, pois a partir do momento em que um contribuinte declara uma dedução, em sua declaração de ajuste anual, ele na verdade está transferindo para toda a sociedade um gasto que em princípio é somente dele.

É justamente por isso que o legislador criou a mencionada norma legal, unicamente para que haja um necessário cuidado do aplicador da Lei quando da análise para a permissão ou não de uma dedução na declaração de ajuste anual.

Por conseguinte, não é o Fisco quem precisa provar que o gasto não foi praticado pelo contribuinte, mas cabe exclusivamente ao interessado provar que efetivamente arcou com tais despesas.

Para afastar a glosa o interessado apresentou apenas uma Declaração emitida pela AMAMSUL (fl.6) que identifica um repasse no valor de R\$7.293,90 referente ao seguro saúde Sul America.

Entretanto, não restaram demonstrados os beneficiários do plano de saúde.

Caberia ao contribuinte anexar documento emitido pela SUL AMERICA com identificação dos beneficiários e bem como da parcela que efetivamente arcou com o plano de saúde no intuito de afastar a exigência fiscal.

Desta forma, cabe manter a glosa.

De acordo com o art. 15 do Decreto 70.235/72, a impugnação deverá estar instruída com os documentos que embasem sua fundamentação, como segue:

“Art. 15. A impugnação, formalizada por escrito e instruída com os documentos em que se fundamentar, será apresentada ao órgão preparador no prazo de trinta dias, contados da data em que for feita a intimação da exigência.”

Diante do exposto, voto por julgar a impugnação improcedente.”

Cientificado da decisão de primeira instância em 12/02/2020, o sujeito passivo interpôs, em 13/03/2020, Recurso Voluntário, fl. 55, sustentando, em apertada síntese, que as despesas médicas com plano de saúde foram efetivamente pagas, conforme documentos juntados aos autos.

Conhecido o Recurso em sessão de 19 de dezembro de 2022, esta turma julgadora do CARF resolveu converter o julgamento em diligência, Resolução 2001-000.104, conforme voto do relator, a seguir transcrito:

Como já relatado, o contribuinte foi autuado por dedução indevida de despesas médicas pagas ao plano Sul América Seguro Saúde, glosas essas mantidas após o julgamento da impugnação na DRJ.

Em sua defesa, o recorrente insiste em que de fato arcou com as despesas, e junta documentos que comprovam que os valores foram repassados ao plano de saúde por intermédio da Associação dos Magistrados de Mato Grosso do Sul (declaração de fl. 82).

Ocorre que a pendência que impede a utilização da dedução não reside no fato comprovado, e sim na ausência, na documentação disponibilizada, da indicação dos beneficiários do plano pago pelo recorrente e valores correspondentes a cada um.

Não há comprovação de que o plano em questão atendia somente ao titular ou se havia também agregados incluídos. É cediço que nesse tipo de plano é possível ao titular acrescentar agregados ao contrato, não necessariamente dependentes para fins do imposto de renda. Nesse aspecto, cabe ainda observar que o contribuinte não informa agregados ou alimentandos em sua DAA. Só seria

possível ao declarante deduzir despesas com seu próprio tratamento e de seus dependentes declarados na forma da lei.

Desta forma, entendo necessário que o processo seja baixado em diligência junto à unidade de origem da Receita Federal, para que sejam respondidos/atendidos os quesitos a seguir solicitados, em relatório circunstanciado, de forma conclusiva:

- intimar o contribuinte para que apresente documento produzido pela AMAMSUL ou pela SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE, ou outra fonte hábil a produzir a informação, a ser avaliada, em que constem os nomes de todos os beneficiários do plano de saúde em questão, no período fiscalizado, com os valores pagos/repassados no ano, correspondentes a cada um.

- demais informações, esclarecimentos ou documentos que a unidade julgar relevantes para elucidação da questão.

De seguida, os autos deverão retornar a este Conselho para a conclusão do julgamento.

Retornados os autos do processo para o CARF, prossegue-se com o julgamento do mérito na presente sessão.

É o relatório.

VOTO

Conselheiro(a) Honorio Albuquerque De Brito - Relator(a)

O Recurso Voluntário é tempestivo e atende aos demais requisitos de admissibilidade, motivo pelo qual dele conheço.

Em breve retomada do acima já relatado, o contribuinte foi autuado por dedução indevida de despesas médicas com plano de saúde da empresa SULAMERICA SEGURO SAÚDE, pagas por intermédio da Associação dos Magistrados de Mato Grosso do Sul – AMAMSUL.

Após o julgamento da impugnação na DRJ, a turma julgadora naquela instância entendeu que, ainda que confirmada a efetiva transferência dos valores, não foram identificados os beneficiários do plano, mantendo desta forma a glosa imposta pelo Fisco.

Tal identificação de beneficiários é essencial no caso de despesas dessa natureza, pois é comum o titular do plano incluir no contrato agregados não dependentes para fins do imposto de renda, destacando-se que o contribuinte, no caso, não relaciona dependentes ou alimentandos em sua DAA.

Em sessão de julgamento nesta turma do CARF, ante a dúvida quanto à existência ou não de demais beneficiários do plano que não somente o titular, o processo foi baixado em diligência, com retorno dos autos à unidade na Receita Federal, para que fosse intimado o

interessado a solicitar, junto à operadora do plano, documentos que esclarecessem a questão posta.

Retornado o processo, e prosseguindo-se com a análise do mérito, verifica-se que a documentação trazida limita-se a repisar a comprovação da transferência dos valores da AMAMSUL para a SULAMERICA SEGURO SAÚDE, aspecto esse já superado e incontroverso desde o julgamento na primeira instância administrativa.

Da análise da documentação de fls. 90 a 101, obtidas a partir da diligência realizada, permanece a falta da indicação de quem foram os beneficiários do plano pago no período fiscalizado.

Assim sendo, uma vez que não trazidas as informações requeridas, pelas razões já expostas, há que se manter a decisão contida no acórdão recorrido.

CONCLUSÃO:

Por todo o exposto, voto por NEGAR PROVIMENTO ao Recurso Voluntário, conforme acima descrito.

(assinado digitalmente)

Honório Albuquerque de Brito