



MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONSELHO ADMINISTRATIVO DE RECURSOS FISCAIS
SEGUNDA SEÇÃO DE JULGAMENTO

Processo nº 10166.010537/2006-42
Recurso nº Voluntário
Acórdão nº 2802-01.350 – 2ª Turma Especial
Sessão de 08 de fevereiro de 2012
Matéria IRPF
Recorrente DEUSDEDIT LYRA
Recorrida FAZENDA NACIONAL

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA - IRPF

Exercício: 2003

ISENÇÃO. MOLÉSTIA GRAVE.

Para ter direito isenção do imposto de renda sobre os rendimentos de aposentadoria, pensão ou reforma percebidos pelos portadores de moléstia grave, a patologia deve ser comprovada, mediante laudo emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios que especifique a existência da patologia prevista no texto legal.

ISENÇÃO. MOLÉSTIA GRAVE. CARDIOPATIA GRAVE.

O conceito de cardiopatia grave não é exclusivo da medicina, tem origem legal e seu reconhecimento visa à aplicação da lei. É um conceito definido a partir das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, de forma que para ter direito à isenção dos proventos de portador de cardiopatia grave é necessário que o laudo médico oficial expressamente reconheça a existência dessa patologia, que não é mero gênero que abrange as mais diversas espécies de cardiopatias. Recurso negado

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por maioria de votos **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso nos termos do relatório e votos integrantes deste julgado. Vencido(s) o(s) Conselheiro(s) Sidney Ferro Barros e German Alejandro San Martín Fernández. Designado(a) para redigir o voto vencedor o (a) Conselheiro (a) Jorge Claudio Duarte Cardoso.

(assinado digitalmente)

Jorge Claudio Duarte Cardoso – Presidente e Redator designado

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001

Autenticado digitalmente em 14/03/2012 por JORGE CLAUDIO DUARTE CARDOSO, Assinado digitalmente em 14

/03/2012 por JORGE CLAUDIO DUARTE CARDOSO, Assinado digitalmente em 01/07/2012 por SIDNEY FERRO BARR

OS

Impresso em 12/07/2012 por RECEITA FEDERAL - PARA USO DO SISTEMA

(assinado digitalmente)

Sidney Ferro Barros - Relator.

EDITADO EM: 14/03/2012

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Lúcia Reiko Sakae, Sidney Ferro Barros, Dayse Fernandes Leite, Carlos André Ribas de Mello, German Alejandro San Martin Fernandez e Jorge Cláudio Duarte Cardoso (Presidente).

Relatório

Peço vênha para iniciar o presente com a transcrição do quanto relatado no acórdão recorrido, *in verbis*:

“Contra o contribuinte acima identificado foi lavrado por Auditor Fiscal da Delegacia da Receita Federal em Brasília (DF), o Auto de Infração de fls. 24/28, referente ao imposto de renda pessoa física, exercício 2003 Foi apurado imposto suplementar no valor de R\$ 19.687,75, mais multa de ofício e juros de mora.

O Auto de Infração originou-se da revisão da Declaração de Ajuste Anual, quando foram alterados os dados nela informados, em razão da omissão de rendimentos tributáveis percebidos de pessoa jurídica, no valor de R\$ R\$ 88.173,89, conforme enquadramento legal e descrição dos fatos às fls. 25/26 e 28 dos autos.

Constata-se, da fl. 39/41, que o contribuinte foi intimado a apresentar documentos à fiscalização durante o procedimento de revisão de declaração.

Regularmente cientificado do Auto de Infração, o contribuinte apresenta impugnação às fls. 01/03. Em síntese, alega que seus rendimentos são isentos do imposto de renda, tendo em vista que é aposentado e portador de moléstia grave prevista em lei. Para provar o alegado, juntou aos autos a Portaria nº 51/2002 emitido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Requer a improcedência do lançamento.”

A decisão de primeira instância, contudo, declarou procedente o lançamento, concluindo *“que não foi cumprido o segundo requisito legal necessário à concessão da isenção - no período autuado, o contribuinte não comprovou, por meio de documentação hábil e idônea, que era portador de moléstia grave prevista em lei, exigência regulamentada no inciso XXXIII e § 4º do art. 39 do Decreto nº 3.000/1999”*.

Às fls. 53 se vê o recurso voluntário, por meio do qual o interessado afirma que:

- anexou ao processo a portaria final emitida pela Secretária de Saúde do Distrito Federal, publicada no Diário Oficial do Governo da Capital da Republica, certo de que o Despacho da Autoridade maior dispensaria o tão-falado laudo medico, já que se trata de um documento da autoridade maior, emitido após a análise dos exames procedidos;

- anexa, agora, o laudo (fl. 55).

É o relatório.

Voto

Conselheiro Sidney Ferro Barros

O recurso é tempestivo e atende aos demais requisitos de admissibilidade. Dele conheço.

Conforme salientou a decisão de primeira instância, tudo se resume à falta de apresentação do laudo médico oficial que comprove a existência da moléstia grave concessiva da isenção.

Também a decisão primeira aduziu que:

“...o único documento de prova trazido aos autos está acostado à fl. 04, que se refere ao apostilamento sobre a aposentadoria do contribuinte, que foi publicado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal no respectivo Diário Oficial, em 27/03/2002. Referida publicação informa que a aposentaria do sujeito passivo ocorreu a partir de 21/01/2002, nos termos do art. 186, inciso I, § 1º da Lei nº 8.112/1990, conforme parecer da Junta Médica da mesma Secretaria.”

Ora, penso que o atestado ora apensado supre a exigência que motivou a manutenção do lançamento, vez que:

- 1) foi emitido por órgão oficial (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO DF, órgão do GDF);
- 2) aponta ser o Recorrente portador da moléstia catalogada como CID I 25 (doença isquêmica crônica do coração);
- 3) informa a constatação a partir de 05.07.2001.

Assim, cumprida a formalidade tida como necessária ao reconhecimento do benefício – o que, segundo me parece, restou cumprido – a exigência deve ser afastada.

Por isso, dou provimento ao recurso.

É o meu voto.

Sidney Ferro Barros - Relator

Voto Vencedor

Conselheiro Jorge Claudio Duarte Cardoso, Redator designado

Peço vênia para divergir do ilustre Conselheiro relator quanto ao ponto em que considera comprovado que o sujeito passivo comprovou a existência de uma das doenças previstas na Lei nº 7.713/1988.

Ocorre que a documentação constante dos autos no máximo comprova que o sujeito passivo é portador de CID I 25 (doença isquêmica crônica do coração), ao passo que isenção decorre de lei e interpreta-se restritivamente. A isenção prevista na Lei 7.713/1988 refere-se a cardiopatia grave e nem toda doença isquêmica crônica do coração é uma cardiopatia grave perante os termos legais.

Essa distinção constou de outros julgados em que tive a oportunidade de descrever os contornos em que se deve compreender a cardiopatia grave prevista na Lei 7.713/1988, a exemplo do acórdão unânime nº 2802-00.869, de 07 de junho de 2011, cujo voto condutor transcrevo a seguir por se adequar perfeitamente ao caso presente.

Assim como foi consignado no acórdão recorrido, não há um laudo médico oficial que contenha a indicação de que o recorrente é portador de cardiopatia grave como alega, requisito legal para gozo da isenção em comento.

Ademais, trata-se litígio que transcende a questões meramente tributárias, pois requer fundamentação em conhecimentos muito específicos da medicina, tanto que a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, veio exigir que a comprovação da isenção nesses casos fosse feita com base em Laudo Médico emitido por serviço médico oficial.

Ainda que apresentado um laudo médico oficial deveria nele constar que o paciente é portador de cardiopatia grave, não cabendo ao julgador fazer equiparação a partir de um conjunto de sintomas descritos em documentos médicos elaborados para outros fins que não o pericial.

O deslinde de litígios dessa natureza requer que seja esclarecido o que é uma cardiopatia grave para efeitos legais. É um gênero do qual são espécies diversas patologias descritas?

A partir desse ponto, buscando responder o quesito acima, o voto fundamentar-se-á na II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 87, Nº 2, Agosto 2006, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n2/a24v87n2.pdf>> Acesso em 07 Out. 2010.)

Destaco que essas diretrizes não foram ignoradas pelo recorrente (fls. 42/49), o qual chegou a conclusões equivocadas ao fundamentar sua impugnação e recurso voluntário acerca do conceito de cardiopatia grave.

Segundo a referida diretriz, o termo Cardiopatia Grave aparece pela primeira vez na legislação brasileira com a Lei n.º 1.711 (item III, do Artigo 178), sancionada em 28 de outubro de 1952 (Estatuto dos Funcionários Cíveis da União). Essa lei foi reeditada em outras ocasiões, sem modificações significativas.

A partir de 1.º de janeiro de 1989, passou a vigorar a Lei 7.713/88, diploma matriz da isenção em comento, o qual foi modificado mais de uma vez, sendo a última pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, com a inclusão de novas patologias, e continuando a beneficiar os pacientes acometidos pelas mesmas doenças listadas na Lei 7.713/88, entre elas a cardiopatia grave, mesmo que tenham sido contraídas depois da aposentadoria ou reforma (Artigos 6.º, XIV).

Registra-se que em 1952, uma comissão multidisciplinar de médicos enunciou o conceito de Cardiopatia Grave como doença que leva, em caráter temporário ou permanente, à redução da capacidade funcional do coração, a ponto de acarretar risco à vida ou impedir o servidor de exercer as suas atividades.

A incapacitação laboral deve ser avaliada por perícia médica, em procedimento no qual, o segurado ou paciente, vítima de uma doença ou acidente de trabalho, é examinado por um profissional especializado (médico-perito), que avalia as condições de saúde e a capacidade laborativa, decidindo sobre a conveniência do afastamento ou o retorno às atividades laborativas habituais, de acordo com as normatizações contidas nos Estatutos do Funcionalismo Público (Manual do Médico Perito, 1980; Perícia Médica, 1990).

É importante ressaltar que o médico-perito, diferentemente do médico cardiologista-clínico, não exerce a medicina clínica, pois não cuida de enfermos. Utiliza os conhecimentos médicos apenas para estabelecer o diagnóstico e o prognóstico clínico, para julgar a capacidade laborativa e sua imputabilidade. Assim, a atividade e o conhecimento pericial sugerem uma especialidade de cunho médico-judicial, na qual, além dos conhecimentos profundos de clínica, existe a necessidade de uma postura, raciocínio e julgamento, como fim.

Frise-se que a adaptação do conhecimento médico às exigências das normas legais realiza-se com critérios e princípios diferentes dos que regem a apreciação dos problemas clínicos. As exigências da medicina clínica são diferentes da pericial, que se vê envolvida com a legislação, que deve sustentar o parecer pericial.

A medicina pericial exercida atualmente, mais do que nunca, exige a comprovação diagnóstica por meio de uma rigorosa avaliação clínica e comprovação laboratorial (métodos complementares não-invasivos e invasivos), evitando-se as conclusões baseadas em impressões subjetivas ou alegações emanadas dos pacientes, sem o corroborativo laboratorial, tão sujeitas a erros ou interpretações enganosas.

O conceito de cardiopatia grave engloba tanto doenças cardíacas crônicas, como agudas. São consideradas cardiopatias graves: a) cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração; b) as cardiopatias crônicas, quando limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado; c) cardiopatias crônicas ou agudas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico ou mecânico; d) cardiopatia terminal: forma de cardiopatia grave em que a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida, geralmente não responsiva à terapia farmacológica máxima ou ao suporte hemodinâmico externo. Esses pacientes não são candidatos à terapia cirúrgica, para correção do distúrbio de base ou transplante cardíaco, devido à severidade do quadro clínico ou comorbidades associadas.

A limitação da capacidade física e funcional é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. A gravidade dessas síndromes será definida conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Após a avaliação da capacidade funcional do coração os pacientes são classificados em Graus que variam de I (pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física) a IV (pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física).

Diversos meios de diagnóstico são empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, porém os achados fortuitos em exames complementares

especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave.

O quadro clínico bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, estão relacionados às seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias, pericardiopatias, aortopatias e cor pulmonale crônico.

Ressalte-se que em algumas condições, um determinado item coletado pelos meios de diagnóstico pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção $< 0,35$), porém, na grande maioria dos casos, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

Vejamos a aplicação desse referencial teórico ao caso dos autos, tomando como exemplo a patologia infarto agudo do miocárdio que consta nos documentos apresentados como tendo acometido o recorrente.

Estou convencido que para o leigo e para o paciente o infarto agudo do miocárdio é uma doença do coração grave, o que permitiria considerá-la uma cardiopatia grave. Possivelmente, um cardiologista clínico também a considere uma doença do coração grave, portanto uma cardiopatia grave sob um critério estritamente médico. Mas isso não é suficiente para efeitos tributários.

A II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave descreve os tópicos importantes que precisam ser valorados para que um infarto agudo do miocárdio - forma aguda da cardiopatia isquêmica - seja considerado uma cardiopatia grave. Isso evidencia que nem todo infarto agudo do miocárdio é uma cardiopatia grave.

No mesmo sentido é a lição extraída do Consenso Nacional Sobre Cardiopatia Grave, com a participação de 40 cardiologistas, em Angra dos Reis, de 02 a 04 de Abril de 1993, no sentido de que as cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, podem tornar-se crônicas, passando ou não, a caracterizar uma cardiopatia grave, ou evoluir para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como Cardiopatia Grave, com todas as injunções legais. (Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1993/61/cardiopatiaGrave.pdf>> Acesso em 07 Out. 2010.)

Ainda que considerada uma cardiopatia grave, quando o tratamento adequado - clínico, intervencionista ou cirúrgico - melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado.

Embora, sob o aspecto estritamente médico, cardiopatia grave implique tão somente em prognóstico reservado em relação à morbidade, à história natural da cardiopatia, à qualidade de vida e à mortalidade. Do ponto de vista sócio-econômico e, principalmente, legal, implica na impossibilidade de o paciente desempenhar uma atividade profissional em sua plenitude, comprometendo o seu padrão de vida e de sua família, podendo mesmo, levá-la ao desamparo, na eventualidade de morte prematura.

No mesmo caminho é a orientação do cardiologista Dr. Reinaldo Mano, ao explicar que possuir uma doença cardíaca não significa obrigatoriamente que o paciente tenha uma cardiopatia grave na forma da lei, especialmente porque com o avanço da tecnologia, dos métodos diagnósticos e dos tratamentos, diversas condições cardiológicas antes reconhecidamente causadoras de morte e invalidez, hoje são passíveis de cura, assim, depende do cardiologista a emissão de laudos baseados em escalas objetivas, atualmente constantes de Diretrizes da SBC, tanto para evitar excessos em relação a aposentadorias e benefícios de portadores de

cardiopatias, que já se encontram potencialmente tratadas e controladas, quanto para dar amparo a caracterização da cardiopatia grave (Anamnese Cardiológica - Situação Laborativa do Paciente, de 13/11/2004, Disponível em < http://www.manuaisdecardiologia.med.br/Semiologia/Anamnese/anamnese_Page775.htm> Acesso em 07Out. 2010).

Em síntese, conceituar cardiopatia grave é tarefa complexa, esse termo não pertence à medicina exclusivamente, pelo contrário advém da lei e compreende reflexos na área trabalhista, previdenciária e tributária. Trata-se de expressão legal que inclui, dentre diversas doenças graves do coração, somente aquelas em que o profissional médico atestar ser uma cardiopatia grave, o que será feito segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, após aplicar os mais diversos meios de diagnóstico e de avaliação da capacidade funcional do coração e do respectivo impacto sobre a capacidade laborativa.

Não é correto reduzir o termo cardiopatia grave a um gênero do qual todas as doenças graves do coração são espécies, como sustenta o recorrente. O termo cardiopatia grave empregado na Lei nº 7.713/1988 não é mera técnica legislativa de mencionar o gênero ao invés de todas as espécies.

Destarte, no caso dos autos, para ter direito à isenção é fundamental que o laudo médico expedido por serviço médico oficial especifique que o paciente é portador de cardiopatia grave. Não tendo isso ocorrido, não foi preenchido o requisito legal da isenção.

Diante do exposto voto por NEGAR PROVIMENTO ao recurso voluntário.

(assinado digitalmente)

Jorge Claudio Duarte Cardoso