



**Ministério da Economia**  
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



**Processo nº** 10166.721400/2018-51  
**Recurso** Voluntário  
**Acórdão nº** **2001-005.230 – 2ª Seção de Julgamento / 1ª Turma Extraordinária**  
**Sessão de** 22 de novembro de 2022  
**Recorrente** EDMUNDO ANTONIO MATARAZZO  
**Interessado** FAZENDA NACIONAL

**ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA (IRPF)**

Exercício: 2017

**EMENTA**

DEDUÇÃO. DESPESA MÉDICA. PLANO DE SAÚDE COMPLEMENTAR. CONTRATAÇÃO POR TERCEIRO. COMPROVAÇÃO DA PARTE QUE SUPORTOU O EFETIVO ÔNUS DE CUSTEIO. AUSÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO. MANUTENÇÃO DA GLOSA.

Na hipótese de uma terceira entidade contratar plano de saúde complementar em favor do sujeito passivo, a dedução dos valores destinados ao respectivo custeio pressupõe a comprovação de que o beneficiário arcou com o ônus financeiro.

Se o sujeito passivo for administrador ou sócio da entidade contratante, ou de outra maneira e comprovadamente possuir a capacidade de influenciar a respectiva gestão, a autoridade lançadora poderá ter por insuficiente isolada declaração ou recibo, de pagamento ou compensação, emitido pela pessoa jurídica. Nesse caso, cabe ao sujeito passivo comprovar as operações de transferência de valores, com documentos emitidos pelas instituições financeiras (depósitos, transferências bancárias e interbancárias, cheques etc).

Em sentido diverso, se o sujeito passivo não for sócio, nem administrador, da pessoa jurídica contratante (e.g., empregado, colaborador contratado etc), e se não houver indício de infidelidade formal ou material, os documentos emitidos pela contratante para registrar o ressarcimento podem ser considerados suficientes para reconhecimento do direito à dedução.

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

(documento assinado digitalmente)

Thiago Buschinelli Sorrentino - Relator(a)

Participaram do presente julgamento os Conselheiros: Marcelo Rocha Paura, Thiago Buschinelli Sorrentino, Honorio Albuquerque de Brito (Presidente).

## Relatório

Por bem retratar os fatos ocorridos desde a constituição do crédito tributário por meio do lançamento até sua impugnação, adoto e reproduzo o relatório da decisão ora recorrida:

Contra o(a) contribuinte acima identificado(a) foi expedida notificação de lançamento referente a Imposto de Renda Pessoa Física, exercício 2017, ano-calendário 2016, formalizando a exigência de imposto suplementar no valor de R\$8.170,49, acrescido de multa de ofício e juros de mora.

A autuação decorreu de glosa das despesas médicas, no total de R\$29.710,86, detalhadas na notificação de lançamento, “DESCRIÇÃO DOS FATOS E ENQUADRAMENTO LEGAL”.

Cientificado(a) do lançamento em 06/02/2018, o(a) contribuinte apresentou impugnação em 27/02/2018.

Em extenso arrazoado destaca que, atendendo ao Termo de Intimação Fiscal (1645/2017), esclareceu que não sabe o motivo pelo qual as informações acerca do plano de saúde não foram incluídas na DIRF, porém a empresa responsável pela contabilidade da pessoa jurídica foi substituída no início de 2018. Considerando que há possibilidade legal para a retificação da DIRF, a empresa tomará essa providência.

Quanto aos pagamento do plano de saúde à empresa, informa que, regra geral, são efetivados em espécie. Destaca que não recebeu nenhuma orientação, quer da empresa do plano de saúde ou da antiga empresa de contabilidade, quanto a um mecanismo em especial para registro dos pagamentos, além dos recibos de pagamentos produzidos, emitidos pela empresa e assinados pelo sócio administrador. Assim, não vê motivo para a glosa e ressalta que, se não fosse possível aproveitar o abatimento, teria optado pelo modelo simplificado, o que não fez pela certeza da regularidade das informações e documentos apresentados.

A impugnação é tempestiva e atende aos demais requisitos de admissibilidade previstos no Decreto 70.235/1972 e alterações.

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.

No caso, como constou da notificação de lançamento (fl. 11), foi glosado o valor de R\$ 29.710,86 em virtude de o contribuinte não ter comprovado que suportou o ônus das despesas do plano de saúde empresarial declarado, pois recibos assinados pelo

interessado (que é o responsável pela empresa) não foram considerados hábeis para tal finalidade.

Neste contexto, o contribuinte equivoca-se ao considerar que bastaria a retificação da DIRF após o início do procedimento fiscal. Além da perda de espontaneidade dos envolvidos na infração verificada (Decreto 70.235/1972, art. 7º, §1º), não se pode esquecer que, por força do postulado contábil da entidade (o patrimônio da sociedade não se confunde com o patrimônio de seus sócios), transferências de recursos entre sócios e sociedade devem estar lastreados em documentos bancários hábeis e idôneos, sob pena de as operações não poderem ser invocadas perante terceiros, por inexistência de documentação de suporte hábil a amparar eventuais lançamentos contábeis.

Assim, ausentes documentos hábeis e idôneos aptos à comprovação do efetivo desembolso pelo interessado, ônus do impugnante oportunamente apresentá-los (Decreto 70.235/1972, art. 16, §4º), inócuos os argumentos expendidos.

Diante do exposto, voto por julgar a impugnação improcedente, mantendo a exigência em litígio.

AMARYLLES REINALDI E HENRIQUES RESENDE

*Documento assinado digitalmente*

A decisão de primeira instância manteve o lançamento do crédito tributário exigido, encontrando-se assim ementada:

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA (IRPF)

Exercício: 2017

NOTIFICAÇÃO DE LANÇAMENTO EMITIDA POR PROCESSAMENTO ELETRÔNICO.

Ementa vedada pela Portaria RFB nº 2.724, de 2017.

Cientificado da decisão de primeira instância em 06/11/2019, o sujeito passivo interpôs, em 05/12/2019, Recurso Voluntário, alegando a improcedência da decisão recorrida, sustentando, em apertada síntese, que os documentos apresentados comprovam que o recorrente arcou com as despesas com plano de saúde.

É o relatório.

## **Voto**

Conselheiro(a) Thiago Buschinelli Sorrentino - Relator(a)

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

A questão de fundo devolvida ao conhecimento deste Colegiado consiste em decidir-se se a declaração emitida pela contratante de plano de saúde complementar contratado em benefício do sujeito passivo é suficiente para comprovar a efetiva assunção do ônus financeiro por esse beneficiário.

Nos termos da legislação de regência, a dedutibilidade dos valores destinados ao custeio de plano de saúde complementar no cálculo do IRPF devido pressupõe o atendimento de dois requisitos básicos:

- a) Os serviços de saúde devem ter por beneficiário o sujeito passivo ou respectivo dependente, para fins tributários; e

- b) O sujeito passivo ou sua entidade conjugal deve ter arcado com o ônus financeiro dessa despesa.

Nesse sentido, confira-se o art. 80, *caput*, e § 1º, I, II e IV do Decreto 3.000/1999:

Art. 80. Na declaração de rendimentos poderão ser deduzidos os pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias (Lei n.º 9.250, de 1995, art. 8º, inciso II, alínea "a").

§ 1º O disposto neste artigo (Lei n.º 9.250, de 1995, art. 8º, § 2º):

I - aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País, 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;

II - restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao próprio tratamento e ao de seus dependentes;

[...]

**IV - não se aplica às despesas ressarcidas por entidade de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro (grifei);**

Na hipótese de um terceiro ter contratado o plano de saúde complementar em favor do sujeito passivo, como beneficiário, abre-se os seguintes universos possíveis:

- a) O contratante antecipa o pagamento à operadora, e posteriormente o ressarcimento ocorre mediante transferência de recursos monetários (entrega de dinheiro em espécie, transferência bancária etc);
- b) O contratante antecipa o pagamento à operadora, e posteriormente o ressarcimento ocorre pela dedução ou pela retenção de parcela de valor devido ao beneficiário (compensação);
- c) O contratante não antecipa o pagamento, e o beneficiário recolhe diretamente os valores devidos em favor da operadora;
- d) O contratante efetua o pagamento e não exige do beneficiário qualquer ressarcimento.

Os meios probatórios mais adequados para comprovação do ressarcimento, em cada universo possível, são os seguintes:

- a) Comprovante emitido pela instituição financeira, que registre a operação de transferência de valores (comprovante de depósito, comprovante de transferência bancária ou interbancária, DOC, TED, extratos etc);

- b) Comprovante de pagamento efetuado pela contratante ao sujeito passivo, com o destaque do valor compensado (registro de pagamento de salário, vencimento ou subsídio, holerite, contracheque, folha de pagamento etc);
- c) Comprovante de pagamento efetuado pelo próprio beneficiário (boleto com autenticação bancária, comprovante de débito automático em conta-corrente, declaração da operadora etc).

Para o universo possível *d*, não há direito à dedução (art. 80, §1º, IV do Decreto 3.000/1999).

O órgão de origem entendeu ausente prova do pagamento próprio ou do ressarcimento dessas despesas, que teria sido realizado em dinheiro, *verbis*:

No caso, como constou da notificação de lançamento (fl. 11), foi glosado o valor de R\$ 29.710,86 em virtude de o contribuinte não ter comprovado que suportou o ônus das despesas do plano de saúde empresarial declarado, pois recibos assinados pelo interessado (que é o responsável pela empresa) não foram considerados hábeis para tal finalidade.

Neste contexto, o contribuinte equivoca-se ao considerar que bastaria a retificação da DIRF após o início do procedimento fiscal. Além da perda de espontaneidade dos envolvidos na infração verificada (Decreto 70.235/1972, art. 7º, §1º), não se pode esquecer que, por força do postulado contábil da entidade (o patrimônio da sociedade não se confunde com o patrimônio de seus sócios), transferências de recursos entre sócios e sociedade devem estar lastreados em documentos bancários hábeis e idôneos, sob pena de as operações não poderem ser invocadas perante terceiros, por inexistência de documentação de suporte hábil a amparar eventuais lançamentos contábeis.

Assim, ausentes documentos hábeis e idôneos aptos à comprovação do efetivo desembolso pelo interessado, ônus do impugnante oportunamente apresentá-los (Decreto 70.235/1972, art. 16, §4º), inócuos os argumentos expendidos.

De fato, o fundamento adotado pelo órgão de origem eleva o padrão probatório, na hipótese de a beneficiária do plano de saúde complementar ser sócia da contratante, provavelmente por entender que a proximidade entre as partes, bem como o poder de gestão, poderiam influenciar eventual perdão da dívida ou a postergação indefinida do respectivo adimplemento.

Se o pagamento ocorreu em dinheiro em espécie, o sujeito passivo poderia demonstrar a origem dos recursos por meio de documento que registrasse o respectivo saque, em quantia suficiente, na proximidade da data de pagamento.

Se o ressarcimento ocorreu em dinheiro em espécie, o sujeito passivo poderia demonstrar a origem dos recursos também pela apresentação de documento que registrasse o respectivo saque, com a entrega à contratante do plano de saúde.

Sem quaisquer documentos nesse sentido, é impossível confirmar a asserção feita pelo sujeito passivo, de que o respectivo patrimônio suportou a carga do pagamento.

Ante o exposto, CONHEÇO do recurso voluntário e NEGO-LHE PROVIMENTO.

É como voto.

(documento assinado digitalmente)

Thiago Buschinelli Sorrentino

