



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



**Processo nº** 10480.728014/2015-84  
**Recurso** Voluntário  
**Resolução nº** 2001-000.071 – 2ª Seção de Julgamento / 1ª Turma Extraordinária  
**Sessão de** 24 de outubro de 2022  
**Assunto** CONVERSÃO EM DILIGÊNCIA  
**Recorrente** TANIA CURSINO DE MENEZES COUCEIRO  
**Interessado** FAZENDA NACIONAL

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Resolvem os membros do colegiado, por unanimidade de votos, converter o julgamento do Recurso Voluntário em diligência, para que o recorrente esclareça existência ou inexistência de dois contratos diversos, de forma a bem identificá- los (número de apólice, número de contrato, cópias dos respectivos termos, comprovantes de pagamento ou de desconto em folha, narração de objeto contratual provida pelas operadoras ou pelas administradoras dos planos etc), com a juntada da documentação pertinente.

(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:

Trata o presente processo de Notificação de Lançamento (fls.35/39), emitida em nome da contribuinte acima identificada em decorrência de revisão de sua Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda, referente ao exercício de 2013, ano-calendário de 2012, que alterou o resultado de saldo de imposto a restituir declarado de R\$ 13.488,84, para imposto a restituir ajustado de R\$ 11.943,67.

2. De acordo com descrição dos fatos de fls.36/37, verificou-se a infração dedução indevida de despesas médicas (R\$ 5.618,81), referente à Sul América Seguro Saúde S/A, tendo em vista que:

A contribuinte foi intimada a comprovar o valor declarado de pagamento ao plano de saúde Sul America em nome de sua filha e não apresentou comprovação, apenas do Qualicorp.

3. A interessada foi cientificada da notificação em 28/07/2015 (fl.40), e ingressou com impugnação em 31/07/2015 (fls.55/56), onde alega:

**Infração: DEDUÇÃO INDEVIDA DE DESPESAS MÉDICAS**

CPF / CNPJ: 86.878.469/0001-43 - SUL AMERICA SEGURO SAUDE S.A.

Valor da infração: R\$ 5.618,81. Estou questionando o valor de R\$ 5.618,81.

- O valor contestado refere-se a despesas médicas de filho(a) ou enteado(a) universitário ou que está cursando escola técnica de segundo grau, com idade até 24 anos.

Nome e CPF (opcional) do dependente: Foi entregue toda documentação solicitada no dia 09/07/2015 no CAC/BOA VIAGEM Recife ao Sr. José de Andrade Maranhão Júnior MATRICULA 04038428, inclusive a que agora está constando como não entregue.

É o Relatório.

4. A impugnação é tempestiva e reúne os demais requisitos de admissibilidade, portanto dela conheço.

Do exame da lide:

5. A princípio, impõe destacar que o contribuinte está obrigado a comprovar à autoridade lançadora, de forma inequívoca e mediante documentação hábil e idônea, a realização de todas as despesas informadas na Declaração de Ajuste Anual. Neste sentido, transcreve-se o “caput” do artigo 73, do RIR/1999:

Art. 73. Todas as deduções estão sujeitas à comprovação ou justificação, a juízo da autoridade lançadora (Decreto-Lei nº 5.844, de 1943, art. 11, § 3º).

5.1. Posto isto, passa-se à análise da matéria impugnada.

Das despesas médicas:

6. O tema da dedução tributária dos gastos incorridos com despesas médicas é tratado pelo art. 8º da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995:

Art. 8º A base de cálculo do imposto devido no ano-calendário será a diferença entre as somas:

I - de todos os rendimentos percebidos durante o ano-calendário, exceto os isentos, os não-tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva;

II - das deduções relativas:

a) aos 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;

(...)

§ 2º O disposto na alínea a do inciso II:

I - aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem

Fl. 3 da Resolução n.º 2001-000.071 - 2ª Sejul/1ª Turma Extraordinária  
Processo nº 10480.728014/2015-84

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;

III - limita-se a pagamentos especificados e comprovados, com indicação do nome, endereço e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou no Cadastro Geral de Contribuintes - CGC de quem os recebeu, podendo, na falta de documentação, ser feita indicação do cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento;

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

V - no caso de despesas com aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, exige-se a comprovação com receituário médico e nota fiscal em nome do beneficiário.

(...)

6.1. Nesse mesmo sentido, o disposto nos artigos 43 a 48 da Instrução Normativa SRF nº 15, de 6 de fevereiro de 2001, bem como no artigo 80 do Regulamento do Imposto de Renda – RIR/1999, aprovado pelo Decreto n.º 3.000, de 26 de março de 1999.

6.2. No caso em apreço, foram glosadas despesas médicas referentes à Sul América Seguro Saúde S/A (R\$ 5.618,81), relativa à dependente declarada Roberta Menezes Couceiro. Aponta a autoridade lançadora que não ficou comprovado nos autos o pagamento do Seguro Saúde. Apresenta documentos.

6.3. Inicialmente há que se destacar que o Demonstrativo de Pagamentos do ano-calendário 2012, emitido por Qualicorp Administradora de Benefícios (fl.11), aponta os valores considerados como comprovados pela autoridade lançadora para o plano de saúde em benefício do cônjuge da Interessada e de sua dependente declarada Roberta Menezes Couceiro, (R\$ 4.062,24). Conforme tal informativo, trata-se de pagamento destinado à manutenção de plano privado de assistência à saúde, coletivo por adesão, por meio de contrato coletivo firmado com a Sul América Seguro Saúde S/A. Ressalte-se ainda que tal documento já havia sido entregue à malha após intimação específica, tendo sido acatado naquela ocasião. Ademais os valores informados se encontram em DMED.

6.4. No que diz respeito às despesas médicas referentes ao Seguro Saúde Sul América (R\$ 5.618,81), objeto de glosa, foi apresentado o documento de fl.13, emitido pela COOPANEST PE, no exato montante glosado. Ocorre que, de acordo com o site da Qualicorp, na internet, os planos coletivos por adesão são **“viabilizados para grupos de pessoas definidos de acordo com a sua categoria profissional ou área de atuação e vinculadas a uma entidade de classe ou instituição que as representa”** enquanto que os planos coletivos empresariais são **“viabilizados para grupos de pessoas que trabalham em uma mesma empresa”**. Em ambos os casos, a administração desses planos é feita por uma administradora especializada, como a Qualicorp.

6.5. Desta forma, não há como se afirmar que os planos informados em DAA para a dependente da interessada Roberta Menezes Couceiro, se tratariam de planos distintos, uma vez que ambas informações acerca de despesas médicas com plano de saúde se referem ao mesmo plano de saúde Sul América e tem a mesma titularidade e a mesma dependente. Cabe lembrar ainda que a Qualicorp é administradora de planos de saúde e não plano de saúde propriamente dito.

6.6. Ressalte-se finalmente que as provas carreadas aos autos tem como intuito o convencimento da autoridade julgadora, o que não ocorreu no presente caso, motivo pelo qual mantém-se a glosa efetuada.

Conclusão:

7. Mediante o acima exposto, voto no sentido de julgar improcedente a impugnação, mantendo o imposto a restituir ajustado conforme apurado pela fiscalização. Ressalte-se que qualquer valor já restituído deverá ser abatido deste montante.

Fl. 4 da Resolução n.º 2001-000.071 - 2ª Sejul/1ª Turma Extraordinária  
Processo n.º 10480.728014/2015-84

É o meu VOTO.

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

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

Exercício: 2013

PROCESSO ADMINISTRATIVO FISCAL. EMENTA.

Acórdão não sujeito à ementa, nos termos da Portaria RFB n.º 2.724, de 27 de setembro de 2017.

Cientificado da decisão de primeira instância em 02/08/2018, o sujeito passivo interpôs, em 09/08/2018, Recurso Voluntário, alegando a improcedência da decisão recorrida, sustentando, em apertada síntese, que as despesas médicas com plano de saúde foram efetivamente pagas, conforme documentos juntados aos autos.

É o relatório.

## **Voto**

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

Submeto ao Colegiado a seguinte questão, que reputo necessária para a boa compreensão do quadro fático-jurídico.

A questão de fundo devolvida ao conhecimento deste Colegiado consiste em decidir-se se é possível distinguir pagamentos diversos ao custeio de planos de saúde complementar diferentes, ou se, como apontado no acórdão-recorrido, é indistinto o pagamento a um único plano de saúde.

Tanto o acórdão-recorrido como as razões recursais possuem inconsistências que dificultam a cognição, assim dispostas.

O órgão de origem entendeu estar indistinta a existência de dois planos de saúde complementar diversos, custeados pelo sujeito passivo e por seu cônjuge em favor de dependente em comum (para fins civis).

No caso em exame, o sujeito passivo argumenta que realizou pagamentos diversos para o custeio de dois planos de saúde complementar diferentes: um, administrado pela Coopanest, e outro, pela Qualicorp, em sucessão (continuidade), para que não houvesse carência de cobertura em favor da dependente (fls. 70).

O documento emitido pela Coopanest informa que o cônjuge do sujeito passivo reembolsou a cooperativa para custeio de “Seguro Saúde/Sul América”, com cronograma de pagamento, bem como com o respectivo plano de alocação aos beneficiários.

O cronograma de pagamento abrange os doze meses de 2012.

O documento emitido pela Qualicorp informa a operadora, o cronograma de valores pagos e das respectivas alocações para cada beneficiário, mas não identifica o instrumento de contratação (número de apólice, contrato etc – fls. 80). A declaração limita-se a apontar a contratação de “plano privado de assistência à saúde, coletivo por adesão, por meio de contrato coletivo firmado com Sul América Seguro Saúde S.A.).

O cronograma de pagamento cobre onze meses de 2012.

Fl. 5 da Resolução n.º 2001-000.071 - 2ª Sejul/1ª Turma Extraordinária  
Processo n.º 10480.728014/2015-84

A leitura feita pelo órgão de origem não se sustenta isoladamente, pois não há conciliação entre os valores registrados como reembolsados pela Coopanest, e os valores registrados como pagos pela Qualicorp. Para que houvesse identidade entre os planos, com a sobreposição total ou parcial de valores, a quantia registrada pela Qualicorp como “paga” deveria ser igual ou superior à quantia “reembolsada” à Coopanest.

Ocorre que, por exemplo, em fevereiro de 2012, a Qualicorp registra o pagamento de R\$ 900,01, enquanto a somatória dos reembolsos anotada pela Coopanest é de R\$ 1.232,45. No total, desembolsou-se R\$ 11.691,12, segundo a Qualicorp, e R\$ 15.809,91, de acordo com a Coopanest.

O quadro inverso também não seria bem descrito nos termos do acórdão-recorrido, pois houve meses em que o pagamento à Qualicorp superou o pagamento à Coopanest (e.g., janeiro).

De outro lado, como os pagamentos abrangem a quase totalidade de 2012 (coincidência em onze dos doze meses do ano), essa sobreposição também impede a conclusão de que o quadro se trate de sucessão de contratos de plano de saúde, conforme sustentado pelo sujeito passivo.

Para desate das contrariedades, faz-se necessário identificar a existência ou a inexistência de dois contratos diferentes, com pagamentos diversos, inconfundíveis.

Para tanto, o sujeito passivo poderia esclarecer essa existência ou inexistência, de forma a **bem identificar** os dois contratos (número de apólice, número de contrato, cópias dos respectivos termos, comprovantes de pagamento ou de desconto em folha, narração de objeto contratual provida pelas operadoras ou pelas administradoras dos planos etc), com a juntada da documentação pertinente.

### **Conclusão**

Por todo o exposto, voto por CONVERTER O PRESENTE JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA, com a devolução dos autos à Unidade de Origem da Receita Federal, para que a mesma proceda ao atendimento das solicitações de informações, conforme quesitos acima

(documento assinado digitalmente)

Thiago Buschinelli Sorrentino