



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



PROCESSO	10540.000556/2010-22
ACÓRDÃO	2001-008.433 – 2ª SEÇÃO/1ª TURMA EXTRAORDINÁRIA
SESSÃO DE	22 de maio de 2026
RECURSO	VOLUNTÁRIO
RECORRENTE	ROBERTO LUIZ GUSMAO MELO
INTERESSADO	FAZENDA NACIONAL

Assunto: Imposto sobre a Renda de Pessoa Física - IRPF

Ano-calendário: 2008

MATÉRIA DE PROVA. PRINCÍPIO DA VERDADE MATERIAL. DOCUMENTO IDÔNEO APRESENTADO EM FASE RECURSAL.

Sendo interesse substancial do Estado a justiça, é dever da autoridade utilizar-se de todas as provas e circunstâncias que tenha conhecimento, na busca da verdade material, admitindo-se documentação que pretenda comprovar direito subjetivo dos contribuintes, ainda que apresentada a destempo, desde que reúna condições para demonstrar a verdade real dos fatos.

DESPESAS MÉDICAS. DEDUÇÃO.

Na declaração de rendimentos podem ser deduzidas as despesas médicas do contribuinte, de seus dependentes e de seus alimentandos realizadas em virtude de cumprimento de decisão judicial ou de acordo homologado judicialmente, desde que devidamente comprovadas através de documentação hábil e idônea.

DEDUÇÃO DE DESPESAS MÉDICAS. PAGAMENTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DO PRÓPRIO CONTRIBUINTE. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DOS SERVIÇOS MÉDICOS. DESNECESSIDADE.

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, sendo que tais pagamentos são restritos aos tratamentos médicos do próprio contribuinte ou de seus dependentes, nos termos dos artigos 8º, § 2º, inciso II da Lei nº 9.250/1995 e 80, § 1º, inciso II do Decreto nº 3.000/99.

Na hipótese de o comprovante de pagamento do serviço médico prestado ter sido emitido em nome do contribuinte sem a especificação do beneficiário do serviço, pode-se presumir que esse foi o próprio contribuinte, exceto quando, a juízo da autoridade fiscal, forem constatados razoáveis indícios de irregularidades.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, conhecer do recurso voluntário, e, no mérito, DAR PROVIMENTO PARCIAL para afastar a glosa relativa a despesa médica até o limite de R\$ 3.255,05.

Assinado Digitalmente

Lílian Cláudia de Souza – Relatora

Assinado Digitalmente

Raimundo Cássio Gonçalves Lima – Presidente

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros Lílian Cláudia de Souza, Christianne Kandyce Gomes Ferreira de Mendonca, Wilderson Botto, Raimundo Cassio Goncalves Lima (Presidente), Maria Auxiliadora de Sousa Ramalho Fonseca e Rosimery Brandão Barbosa.

RELATÓRIO

Por bem relatar os fatos desde a autuação até o julgamento da impugnação, valho-me do relatório da decisão da DRJ:

“Trata-se de impugnação a lançamento fiscal relativo ao Imposto de Renda Pessoa Física – IRPF correspondente ao ano-calendário de 2008, para exigência de imposto, no valor de R\$ 14.098,09, acrescido de multa de ofício no percentual de 75% (setenta e cinco por cento) e juros de mora.

Conforme descrição dos fatos e enquadramento legal constantes na notificação de lançamento, o crédito tributário foi constituído em razão de terem sido apuradas as seguintes infrações:

a) dedução indevida de previdência privada, no valor de R\$ 1.270,92. A glosa foi motivada por falta de comprovação;

b) dedução indevida com dependentes, no valor de R\$ 3.311,76. Foram glosadas as dependentes Maria Laura Oliveira Santos e Daniela Santos Melo, por falta de comprovação da relação de dependência;

c) dedução indevida de despesas com instrução, no valor de R\$ 2.592,29. A glosa foi motivada por falta de comprovação;

d) dedução indevida de pensão alimentícia, no valor de R\$ 46.126,30. A glosa foi motivada por falta de comprovação do pagamento e da não apresentação de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente que determinasse pagamento a este título;

e) dedução indevida de despesas médicas, no valor de R\$ 3.596,10. A glosa foi motivada pela falta de comprovação das despesas médicas pagas ao Dr. Álvaro César da Silva Coelho (R\$ 228,00) e à Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (R\$ 3.368,10).

Na impugnação apresentada, às fls. 02/04, o contribuinte contesta o lançamento fiscal, alegando em síntese que não teve conhecimento da intimação por edital para que comprovasse as deduções declaradas, mas junta agora a documentação comprobatória correspondente.

Em atendimento ao art. 6ºA da Instrução Normativa RFB nº 958, de 15 de junho de 2009, a documentação apresentada pelo impugnante foi analisada pela unidade lançadora, que decidiu por exonerar o crédito tributário lançado, determinando a restituição de parcela do saldo de imposto de renda, no valor de R\$ 60,47, conforme Termo Circunstanciado e Despacho Decisório, às fls. 51/53. Manteve-se a glosa da previdência privada, no valor de R\$ 1.270,92, em razão de se tratar de carteira de pecúlio, e que não é dedutível do imposto de renda, bem como a glosa do valor pago à Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (R\$ 3.368,10), por não terem sido comprovados os beneficiários do plano de saúde.

Cientificado desta decisão, o impugnante argumenta, às fls. 56/58, que é o titular do plano de saúde, e que os valores pagos independem da quantidade de dependentes que ele tenha, conforme arts. 12 e 17 do Estatuto da Cassi.”

Decisão da DRJ de fls. 96/98 julgou improcedente a impugnação em acórdão que restou assim ementado:

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA – IRPF

Ano-calendário: 2008

PECÚLIO. CONTRIBUIÇÃO. DEDUÇÃO.

Inexiste previsão legal para a dedução de importâncias pagas a entidades de previdência privada a título de pecúlio na declaração de rendimentos.

DEDUÇÃO NÃO COMPROVADA.

É cabível a glosa de dedução não comprovada.

Impugnação Improcedente

Direito Creditório Não Reconhecido

Às fls. 105/142 é apresentado Recurso Voluntário tempestivo por meio do qual o contribuinte apenas se insurge contra a glosa de valores relativos a despesas médicas. Apresenta documentos.

É o relatório.

VOTO

Conselheira **Lílian Cláudia de Souza**, Relatora

I – ADMISSIBILIDADE DO RECURSO VOLUNTÁRIO

Antes de adentrar ao mérito, é fundamental aferir o preenchimento dos pressupostos de admissibilidade do recurso voluntário apresentado pelo sujeito passivo.

Referido recurso é tempestivo e atende aos demais requisitos, razão pela qual, dele conheço.

II – DO MÉRITO

A discussão do presente caso gira em torno apenas dos valores relativos à glosa de despesas médicas relativa aos valores atinentes ao plano de saúde – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI – no valor de R\$ 3.368,10, uma vez que este foi o único ponto tratado no recurso voluntário.

O auto de infração contido no intervalo de documentos de fls. 1/86 glosou a despesa questionada tendo em vista que o contribuinte não teria apresentado qualquer comprovante.

Em sua impugnação foi apresentado o comprovante de pagamento dos valores mediante DIRF emitida pelo Banco do Brasil em que foi comprovada a retenção do valor de R\$ 3.255,05.

No entanto, como consta em sua impugnação, os valores pagos à CASSI são relativos ao sujeito passivo, independente do número de dependentes.

Decisão da DRJ manteve a glosa a partir do seguinte fundamento:

“Os comprovantes de rendimentos mensais, às fls. 74/86, demonstrativo de pagamento de faturas, às fls. 69, e o informe de rendimentos, às fls. 68, comprovam o pagamento do plano de saúde Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, no valor R\$ 3.368,10, contudo não os beneficiários do mesmo.

Ainda que o valor do plano independa da quantidade de dependentes, conforme alega o impugnante, o valor pago deveria ser dividido em parcelas iguais por cada beneficiário, sendo cabível a dedução correspondente a cada beneficiário nas suas respectivas declarações. Por este motivo, e por não ter sido atendida a exigência fiscal para que os beneficiários do plano fossem discriminados, mantém-se a glosa desta despesa.”

O sujeito passivo em fase recursal novamente alega que os beneficiários do Plano CASSI, em se tratando de funcionários e aposentados do Banco do Brasil correspondem aos titulares do plano e que para todos os dependentes legais inscritos é pago um valor único, por todos eles, nos termos dos arts. 10, 12 e 17 do Regulamento do Plano de Saúde em que a forma de participação é diferenciada entre os associados (titulares) e o público em geral (CASSI Família).

Assevera que enquanto o titular – funcionário – contribui proporcionalmente ao salário no importe de 3% de seus rendimentos para o atendimento do associado E DE SEUS DEPENDENTES, para o plano CASSI Família os valores são pré-estabelecidos, individualmente, conforme tabela apresentada na contratação do plano de saúde. E que mesmo ao completar 18 anos o filho permanece como dependente até os 24, não tendo assim quaisquer valores a declarar, uma vez que incluso no desconto padronizado de 3% em folha do titular. Junta cópia integral do Estatuto do Plano de Saúde.

Inicialmente importante frisar que os documentos trazidos pelo sujeito passivo em sede recursal devem ser conhecidos em razão dos princípios da verdade material, da ampla defesa e do contraditório que devem se sobrepor ao formalismo processual, sobretudo quando deva ser apreciado fato não conhecido ou não provado por ocasião do lançamento, isso porque ao não se apreciar os documentos estaríamos embaraçando o direito do contribuinte de provar suas alegações e isso possivelmente apenas faria com que a discussão – que já se sabia ser infrutífera – seguisse na via judicial.

Além disso, nos termos do Art. 149, CTN, quando a autoridade administrativa dispuser de elementos capazes de fazer com que o lançamento possa ser revisto de ofício ela poderá fazê-lo, desde que dentro do prazo decadencial. Assim, não permitir que o sujeito passivo possa, a qualquer tempo, apresentar provas de suas alegações seria, no mínimo, uma ofensa ao princípio da isonomia e da paridade de armas.

No mesmo sentido, trecho de voto apresentado pelo colega e conselheiro Wilderson Botto no acórdão de nº 2001-007.705:

“Nesse ponto o art. 149 do CTN, determina ao julgador administrativo realizar, de ofício, o julgamento que entender necessário, privilegiando o princípio da eficiência (art. 37, caput, CF), cujo objetivo é efetuar o controle de legalidade do lançamento fiscal, harmonizando-o com os dispositivos legais, de cunho material e processual, aplicáveis ao caso, calhando aqui, nessa ótica, por pertinente e indispensável, a análise dos documentos trazidos à colação pelo Recorrente.”

Ademais, para os que perfilham do entendimento de que seria impossível a apresentação de documentos após o oferecimento da impugnação, entendo que eles devem ser apreciados por força do que determina o Art. 16, §4º, c, do Decreto 70.235/1972, uma vez que visam à complementação dos argumentos e provas já expostos em sede impugnatória e a contrapor argumentos de primeira instância.

Assim, passemos à análise dos documentos trazidos em sede recursal.

O art. 6º do Estatuto apresentado salienta quem são os ASSOCIADOS para fins de fruição do plano de saúde, sendo ele o funcionário do Banco do Brasil, os aposentados – e outros – e seu §1º delimita que o ingresso dos associados no PLANO DE ASSOCIADOS CASSI vigorará automaticamente a partir da data de início do vínculo com o BB.

O artigo 12 trata dos DEPENDENTES. Nele é estabelecido que poderão figurar como tais o cônjuge ou companheiro do titular, bem como seus filhos e enteados até que completem 24 anos.

O art. 17 delimita que a contribuição mensal dos associados é de 3% sobre o valor total dos benefícios de aposentadoria ou pensão, ou dos proventos gerais.

Entendo que assiste razão ao Recorrente em razão da peculiaridade do plano – comprovado pelo inteiro teor de seu estatuto.

Ora, se o valor pago independe do número de dependentes por expressa determinação legal, não faria sentido a emissão de um documento especificando os valores pagos em serviços prestados para o titular e os eventuais dependentes, uma vez que o valor efetivamente pago não sofrerá alteração.

Entretanto, entendo que deve ser dado provimento parcial ao recurso uma vez que o valor glosado foi de R\$ 3.368,10 e o pagamento efetivamente comprovado mediante DIRF foi de R\$ 3.255,05.

III – DO DISPOSITIVO

Ante o exposto, conheço do recurso voluntário, e, no mérito, DOU PROVIMENTO PARCIAL para afastar a glosa relativa a despesa médica até o limite de R\$ 3.255,05.

Assinado Digitalmente

Lílian Cláudia de Souza