



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

Processo n° 10580.722567/2008-76
Recurso n° Voluntário
Acórdão n° **2802-00.869 – 2ª Turma Especial**
Sessão de 07 de junho de 2011
Matéria IRPF
Recorrente LAÉRCIO BUSTAMANTE AUGÉ
Recorrida FAZENDA NACIONAL

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA - IRPF

Exercício: 2007

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 unanimidade de votos **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso nos termos do voto do relator.

(Assinado digitalmente)

Jorge Claudio Duarte Cardoso – Presidente e Relator.

EDITADO EM: 01/07/2011

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

Relatório

Trata-se de notificação de lançamento de imposto de renda pessoa física do exercício 2007, ano-calendário 2006, com multa de 75% e juros de mora, em virtude de apuração de omissão de rendimentos no valor de R\$23.970,40 recebido pelo titular, sendo R\$18.803,16 do INSS e R\$5.167,24 de PREVUNIÃO Sociedade de Previdência Privada, e da não comprovação por laudo médico oficial da condição de portador de moléstia grave que autorize o gozo de isenção ou a comprovação de que os rendimentos são proventos de aposentadoria, pensão ou reforma.

Houve impugnação ao lançamento com argumentação de que não houve omissão de rendimentos, uma vez que os rendimentos foram informados como isentos e não tributáveis na declaração retificadora e que não procede a exigência de laudo oficial para comprovação moléstia grave, pois que esse já teria sido apresentado, mais especificamente a declaração emitida pelo Hospital Publico Municipal Dr. Mario Gatti.

A impugnação foi indeferida sob o fundamento de que um requisito para gozo da isenção dos portadores de moléstia grave é a comprovação da doença prevista no texto legal por meio de laudo expedido por serviço médico oficial e que o documento apresentado não atende ao exigido na lei.

Ciente da decisão de primeira instância em 22-06-2010, o recorrente apresentou recurso voluntário em 16-07-2010, no qual apresenta os seguintes argumentos:

1. os documentos apresentados comprovam que é portador de moléstia (CID I21 – Infarto agudo do miocárdio) e que faz juz à isenção, a qual se aplica tanto aos que se aposentam em razão da doença quanto àqueles que contraem a doença após a aposentadoria;
2. a decisão recorrida não demonstrou as razões pelas quais foi concluído que os documentos apresentados não são laudos do serviço médico oficial do município e que quem os assinou não é pessoa hábil a assinar em nome do serviço médico municipal;
3. os documentos apresentados não foram admitidos por faltar o título “laudo”;
4. em 14 de fevereiro de 2000, já aposentado, e como alegado e comprovado foi acometido de infarto do miocárdio, atendido no Hospital Municipal Dr. Mario Gatti e posteriormente tratado no Hospital Dante Pazzianese de Cardiologia, mantendo o histórico de cardiopatia grave até hoje;
5. declaração do primeiro hospital que o atendeu em 22 de fevereiro de 2002 atesta a presença da doença grave

(CID I21), atendendo ao que prescreve o parágrafo único do art. 30 da lei 9.250/95, o que está em consonância com decisões desse Conselho (recurso 154971 e acórdão 106-16.612, ambos da 6ª Câmara do Primeiro Conselho de Contribuintes) autorizam a isenção independente do nome do documento;

6. não omitiu receita, pois as declarou como rendimentos isentos, devendo ser distinguida a isenção da obrigação de declarar, essa última satisfeita com a declaração dos rendimentos como isentos;
7. o acórdão recorrido está incorreto ao confundir documento oficial com documento público;
8. discorre sobre a validade dos atestados médicos com base no CPC, no Código de Ética Médica e doutrina jurídica; e
9. em março de 2005 foi realizado cateterismo cardíaco chegando ao diagnóstico apontado nos documentos anexos, o mesmo ocorrendo com o tratamento realizado em anos posteriores, e o quadro clínico corresponde a cardiopatia grave.
10. requer encaminhamento a perícia médica a fim de ratificar as informações e laudos apresentados.

É o relatório.

Voto

Conselheiro Jorge Claudio Duarte Cardoso - Relator, Relator

O recurso é tempestivo e atende aos demais requisitos de admissibilidade, dele deve-se tomar conhecimento.

O cerne do litígio é a isenção dos proventos recebidos pelos portadores de moléstia grave tipificada na Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988.

O artigo 6º da Lei nº Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com as alterações do art.47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992 e art. 30, § 2º da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, estabeleceu dois requisitos cumulativos para sua concessão dessa modalidade de isenção: a) os valores recebidos devem ser proventos de aposentadoria, reforma ou pensão; e b) a moléstia deve estar prevista no texto legal e comprovada por meio de laudo médico pericial emitido pelo serviço médico oficial da União, Estados, Distrito Federal ou dos Municípios (*caput* art. 30 da Lei nº 9.250/1995).

Na decisão de primeira instância a impugnação foi indeferida sob o fundamento de que:

a) *“o Interessado não apresenta documento compatível com essa exigência. O que junta à fl.64 e pleiteia seja acolhido para esse fim não tem característica de laudo, não indica expressamente qualquer moléstia grave prevista em lei e nele também não há referência de que a profissional emitente esteja no exercício de cargo que a autorize a se manifestar em caráter oficial em nome do serviço médico municipal.”*

b) *“Quando afirma em sua impugnação que a declaração emitida pelo Serviço Médico Municipal de Campinas faz as vezes de Laudo, ou quando o endereça para vários documentos (fls.60/64), o Contribuinte reconhece a inexistência de um documento único que a ele corresponda. Os exames que junta às fls.52/58 também não têm qualquer valor probatório para esse fim. Não cabe à autoridade autuante ou julgadora fazer inferências em tais documentos e concluir por qualquer diagnóstico. Primeiro por não disporem de competência para tal e segundo porque a literalidade imposta pelo CTN para a concessão da isenção lhe exige que apenas a atestação médica em laudo oficial, com a denominação da doença tal como expressa no dispositivo legal é hábil à comprovação. O apêndice que junta às fls.42/49 demonstra exatamente que as exigências da medicina clínica são diferentes da pericial, que se envolve com a legislação para dar sustentação ao parecer emitido.*

Passo a analisar os documentos apresentados:

Às fls. 141 um encaminhamento à perícia médica do INSS atestando que no período de 14 a 22 de fevereiro de 2000 o recorrente esteve internado no Hospital Municipal DR. Mario Gatti devido a IAM Antero ceptal (CID I21), necessitando de acompanhamento ambulatorial e afastamento das atividades por cerca de 30 dias até resultado do cateterismo cardíaco. Esse documento foi assinado pela Dr^a Vivian P. Zulian.

Às fls. 142 um registro de internação no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, referente à internação em 14 de fevereiro de 2000.

Às fls. 143 o formulário de Resumo de Alta narrando a histórica (sintomas e resultados de exames realizados) do paciente, cujo diagnóstico de entrada e diagnóstico definitivo registrados foi IAM Antero ceptal, sem que conste em qualquer local a anotação de cardiopatia grave. Esse documento não foi assinado.

Às fls. 144/145 uma solicitação para exame de alta complexidade em virtude de IAM Antero ceptal. Não consta anotação de cardiopatia grave.

Às fls. 146/147 consta ficha de marcação de consultas no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia..

Às fls. 148/149 relatório médico acerca do cateterismo realizado. Não há qualquer anotação de cardiopatia grave.

Às fls. 150 resultado da ecocardiografia com Doppler a cores, apontando como resultado “regurgitação mitral discreta, ventrículo esquerdo hipertófico, com disfunção moderada e disfunção ventricular direita moderada à severa”.

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 Civis 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 cardiopatia, 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.

Por fim, é ônus do recorrente fazer prova de suas alegações e trazê-las aos autos, não se desincumbindo desse ônus não cabe a realização de perícia como requerido.

Diante do exposto, voto por NEGAR PROVIMENTO ao recurso.

(Assinado digitalmente)

Jorge Claudio Duarte Cardoso - Relator