



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



PROCESSO	10875.724035/2017-59
ACÓRDÃO	2102-004.045 – 2ª SEÇÃO/1ª CÂMARA/2ª TURMA ORDINÁRIA
SESSÃO DE	19 de novembro de 2025
RECURSO	VOLUNTÁRIO
RECORRENTE	MARIA HELENA FERREIRA DOS SANTOS
INTERESSADO	FAZENDA NACIONAL

Assunto: Imposto sobre a Renda de Pessoa Física - IRPF

Exercício: 2016

DEDUÇÃO DE DESPESA MÉDICA. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO.

Na ausência de indicação do beneficiário do serviço médico, deve-se aplicar a presunção segundo a qual o este é o próprio contribuinte

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, dar provimento ao Recurso Voluntário. Votou pelas conclusões e apresentou declaração de voto o conselheiro Cleberson Alex Friess

Assinado Digitalmente

Carlos Eduardo Fagundes de Paula – Relator

Assinado Digitalmente

Cleberson Alex Friess – Presidente

Participaram da reunião assíncrona os conselheiros Carlos Eduardo Fagundes de Paula, Carlos Marne Dias Alves, Jose Marcio Bittes, Vanessa Kaeda Bulara de Andrade, Yendis Rodrigues Costa, Cleberson Alex Friess (Presidente).

RELATÓRIO

Trata-se de recurso voluntário interposto por Maria Helena Ferreira dos Santos, inscrita no CPF sob o nº 684.760.948-68, contra o Acórdão nº 04-46.090, proferido pela 3ª Turma da Delegacia da Receita Federal de Julgamento em Campo Grande/MS, que julgou improcedente a impugnação e manteve integralmente o crédito tributário lançado a título de Imposto sobre a Renda da Pessoa Física – IRPF, referente ao exercício de 2016 (ano-calendário 2015).

A autuação fiscal teve origem em glosa de despesas médicas declaradas, no valor total de R\$ 9.252,95, sob a alegação de ausência de comprovação idônea dos serviços e dos correspondentes pagamentos. Consta da Notificação de Lançamento que a contribuinte deduziu, na Declaração de Ajuste Anual, valores informados como despesas médicas e planos de saúde, declarando tê-los efetuado em benefício próprio e de seus dependentes. No entanto, a fiscalização entendeu que os documentos apresentados não atendiam às exigências formais e materiais previstas na legislação, razão pela qual procedeu à glosa integral dos valores declarados.

Regularmente cientificada da exigência, a contribuinte apresentou impugnação administrativa, sustentando, em síntese, que as despesas médicas eram legítimas, realizadas por meio de entidade representativa dos servidores cartorários – a Associação dos Serventuários de Justiça dos Cartórios Oficializados do Estado de São Paulo (ASJCOESP) – que, por sua vez, contratava prestadores e planos de saúde para cobertura médica dos associados. Alegou que apresentou à Receita Federal declaração emitida pela referida associação, contendo relação das empresas prestadoras de serviços e dos planos de saúde utilizados, o que, segundo afirmou, comprovaria a veracidade das deduções lançadas. Requereu, ao final, o cancelamento da notificação de lançamento e a manutenção integral das deduções.

A DRJ/Campo Grande, ao examinar a impugnação, conheceu-a por preenchidos os requisitos de admissibilidade e passou à análise do mérito. A autoridade julgadora destacou que o direito à dedução das despesas médicas está disciplinado no artigo 8º, inciso II, alínea “a”, e § 2º, da Lei nº 9.250/1995, que condiciona o benefício fiscal à comprovação do pagamento efetivo, realizado pelo contribuinte em benefício próprio ou de seus dependentes, mediante documentos hábeis e idôneos, contendo identificação do prestador do serviço, número de inscrição no CPF ou CNPJ e descrição da natureza do atendimento médico. Citou, ainda, o artigo 73 do Regulamento do Imposto de Renda, aprovado pelo Decreto nº 3.000/1999, que sujeita todas as deduções à comprovação ou justificação, transferindo ao contribuinte o ônus de demonstrar, quando questionado, a efetiva prestação do serviço e o correspondente desembolso financeiro.

Segundo a decisão, a documentação acostada aos autos não foi suficiente para afastar a glosa. A declaração emitida pela ASJCOESP foi considerada ineficaz para fins tributários, por se tratar de documento genérico, que não continha relação analítica dos beneficiários dos planos de saúde nem discriminação dos serviços efetivamente prestados e dos respectivos valores pagos. Assentou-se que caberia ao sujeito passivo apresentar comprovantes individualizados

emitidos pelos próprios prestadores, como recibos ou notas fiscais que indicassem com precisão o paciente atendido, o profissional responsável, a natureza do tratamento e a data do pagamento.

A DRJ reforçou seu entendimento com base em jurisprudência administrativa consolidada, segundo a qual recibos ou declarações genéricas, desacompanhadas de comprovação material do serviço, não bastam para fins de dedução de despesas médicas, especialmente quando não há elementos adicionais que confirmem a efetiva prestação.

Concluiu a DRJ que, ausentes os elementos comprobatórios exigidos pela legislação, deveria ser mantida a glosa integral das despesas médicas no valor de R\$ 9.252,95.

Dessa forma, julgou improcedente a impugnação, mantendo o lançamento na totalidade e confirmando o crédito tributário constituído.

Irresignada, a contribuinte interpôs o presente recurso voluntário.

É o relatório.

VOTO

Conselheiro Carlos Eduardo Fagundes de Paula, Relator

Da admissibilidade e Tempestividade

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

- Do mérito

O litígio recai sobre dedução indevida de despesas médicas relativas a plano de saúde

A autoridade julgadora de primeiro grau entendeu que a declaração emitida pela Associação dos Serventuários de Justiça dos Cartórios Oficializados do Estado de São Paulo (ASJCOESP) seria ineficaz para fins tributários, por não conter relação analítica dos beneficiários, dos prestadores dos serviços e dos respectivos valores, e que, portanto, caberia à contribuinte apresentar comprovantes individualizados emitidos pelos prestadores.

Em sede recursal, a contribuinte apresentou razões pelas quais defende a idoneidade dos documentos já juntados aos autos, afirmando que a glosa decorreu de interpretação restritiva da fiscalização, uma vez que as despesas médicas deduzidas estão plenamente amparadas em documentos comprobatórios emitidos por instituições conveniadas, que detalham tanto a prestação do serviço quanto a efetividade dos pagamentos realizados no ano-calendário de 2015. Trouxe na fase recursal documentos de fls. 49-73, que corroboram a documentação de folhas 06.

A recorrente requer, assim, o cancelamento da glosa e o reconhecimento da legitimidade das deduções declaradas, sustentando que a documentação apresentada é suficiente para demonstrar a ocorrência dos fatos e a licitude das deduções.

Ao que se deduz, o cerne recursal consiste em verificar se os documentos apresentados pela contribuinte são hábeis a comprovar a efetiva prestação dos serviços médicos e o desembolso financeiro, a justificar a dedutibilidade das despesas médicas declaradas.

Conforme se depreende dos autos, especialmente das peças de fls. 06 e 49 a 73, a contribuinte apresentou comprovantes e demonstrativos emitidos pelas operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço, que discriminam os beneficiários, os serviços médicos cobertos e os valores efetivamente pagos, em consonância com o que exige o art. 8º, inciso II, alínea “a”, e § 2º, da Lei nº 9.250/1995.

Os referidos documentos contêm identificação da entidade prestadora, descrição dos serviços e valores correspondentes, bem como comprovantes de pagamento e de ressarcimento de despesas médicas, o que afasta a alegação de insuficiência probatória.

Importa lembrar que o art. 73 do Regulamento do Imposto de Renda (Decreto nº 3.000/1999) apenas confere ao Fisco o poder de exigir a comprovação das deduções, não podendo, todavia, desconsiderar documentos idôneos e coerentes com a realidade material, sob pena de afrontar os princípios da verdade material e da boa-fé do contribuinte, que regem o processo administrativo fiscal.

No caso concreto, a contribuinte logrou comprovar, mediante documentação hábil e consistente, que as despesas médicas declaradas referem-se a pagamentos regulares efetuados a planos e prestadores de saúde contratados para cobertura médico-hospitalar sua e de seus dependentes. Os documentos trazidos na fase de impugnação, reforçados pelos anexos apresentados às fls. 49 a 73, na fase recursal, contêm elementos suficientes para demonstrar a efetiva ocorrência dos serviços e o desembolso, atendendo integralmente aos critérios estabelecidos pela legislação de regência.

Assim, não subsiste a razão que fundamentou a glosa efetuada pela autoridade fiscal e mantida pela DRJ, pois o conjunto probatório constante dos autos é apto a legitimar a dedução das despesas médicas declaradas, afastando a presunção de irregularidade que motivou o lançamento de ofício.

Ressalte-se, ademais, que o processo administrativo fiscal rege-se pelo princípio da verdade material, devendo prevalecer o conteúdo efetivo da prova sobre a mera formalidade documental. No presente caso, a documentação apresentada pela contribuinte é suficiente, tanto do ponto de vista formal quanto substancial, para demonstrar a legitimidade das deduções efetuadas, razão pela qual impõe-se a reforma da decisão recorrida.

Relativamente à identificação do beneficiário da prestação do serviço médico, tem-se decidido que, diante da ausência de identificação do beneficiário do serviço médico prestado,

pode-se presumir que este foi o próprio contribuinte, conforme a SCI Cosit nº 23, de 30/08/2013, cuja ementa transcreve-se:

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA - IRPF DESPESAS MÉDICAS. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO.

São dedutíveis, da base de cálculo do IRPF, as despesas médicas realizadas pelo contribuinte, referentes ao próprio tratamento e de seus dependentes, desde que especificadas e comprovadas mediante documentação hábil e idônea. 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. No caso de o serviço médico ter sido prestado a dependente do contribuinte, sem a especificação do beneficiário do serviço no comprovante, essa informação poderá ser prestada por outros meios de prova, inclusive por declaração do profissional ou da empresa emissora do referido documento comprobatório. Dispositivos Legais: Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil (CPC), art. 332; Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, art. 8º, inciso II, alínea "a" e § 2º, e Decreto nº 3.000, de 26 de dezembro de 1999 (RIR/1999), art. 80, § 1º, incisos II e III.

Observa-se que no documento de fls. 06, há a informação de que a contribuinte pagou plano de saúde no valor de R\$ 9.252,95, porém esse valor não está discriminado por beneficiário. Mas há prova de seu pagamento efetivo, conforme se verifica das folhas 47 e seguintes.

Dessarte, em que pesem entendimentos divergentes, entendo que o fato de os documentos juntados não apresentarem a identificação dos beneficiários, nem o valor por beneficiário, não é motivo suficiente para manutenção da glosa.

Saliente-se que a própria DRJ, ao fundamentar sua decisão, faz com amparo na mesma SCI Cosit nº 23, de 30/08/2013. Contudo, aduz haver razoáveis indícios de irregularidade. Nesse ponto, em que pese a fundamentação recorrida, não se vislumbra com a simples ausência de especificação de dependentes e valores respectivos a irregularidade apregoadas.

Portanto, tenho que a glosa deve ser revertida integralmente em favor da contribuinte.

Conclusão

Por todo o exposto, conheço do recurso voluntário e, no mérito, dou provimento.

Assinado Digitalmente

Carlos Eduardo Fagundes de Paula

DECLARAÇÃO DE VOTO

Conselheiro Cleberson Alex Friess

Convém registrar breves palavras acerca das razões pelas quais acompanhei o voto do I. Relator pelas conclusões.

A fiscalização tributária procedeu à glosa da despesa médica com a seguinte justificativa (fls. 22/23):

R\$ 9.252,96 – NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A – POR FALTA DE COMPROVAÇÃO, AINDA QUE REGULARMENTE INTIMADA

Após examinar a impugnação, a decisão recorrida assim fundamentou a manutenção da glosa da despesa médica (fls. 35/36):

(...)

Com base na legislação, critérios e princípios expostos, conclui-se por considerar ineficaz para efeitos tributários a Declaração da Associação dos Serventuários de Justiça dos Cartórios Oficializados do Estado de São Paulo – ASJCOESP (fl. 06), no valor de R\$ 9.252,96, contendo uma relação de empresas prestadoras de serviços e de planos de saúde, pois não se trata de um relatório analítico onde contivesse a relação de todos os beneficiários dos planos de saúde e despesas correspondentes a cada um deles. Neste caso, caberia ao sujeito passivo apresentar documentos emitidos pelos próprios prestadores.

(...)

Compulsando os autos, extrai-se que o contribuinte declarou o pagamento de despesa médica para a NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, CNPJ 44.649.812/0001-38, no total de R\$ 9.252,96.

Ocorre que os pagamentos foram feitos pelo contribuinte para o contratante do plano de saúde, a Associação dos Serventuários de Justiça dos Cartórios Oficializados do Estado de São Paulo – ASJCOESP, CNPJ 62.925.458/0001-09, conforme comprova a declaração da entidade associativa e os boletos bancários (fls. 06 e 49/73).

De acordo com a legislação tributária, o contribuinte deveria informar na sua declaração de ajuste anual os pagamentos feitos em nome da ASJCOESP, e não para a operador do plano de saúde empresarial coletivo.

A declaração da ASJCOESP contém a relação das prestadoras de serviços médicos conveniadas, porém não significa que o contribuinte realizou pagamentos para todas as empresas durante o ano-calendário de 2015 (fls. 06).

Em verdade, a recorrente é titular do plano de saúde contratado junto à NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, conforme comprova os boletos de pagamento, no qual se identifica, no campo de instruções, o valor do pagamento referente à “Intermédica” e à mensalidade associativa.

Outrossim, com base nas regras de experiência comum, o valor mensal pago ao plano de saúde é compatível com idade do contribuinte e acomodação em enfermaria, no ano-calendário de 2015 (art. 375, do Código de Processo Civil).¹

Enfim, o conjunto probatório constante dos autos é hábil e idôneo para validar a dedução de despesas médicas, no importe de R\$ 9.252,96.

Assinado Digitalmente

Cleberson Alex Friess

¹ Art. 375. O juiz aplicará as regras de experiência comum subministradas pela observação do que ordinariamente acontece e, ainda, as regras de experiência técnica, ressalvado, quanto a estas, o exame pericial