



MINISTÉRIO DA ECONOMIA
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



Processo nº 11030.721473/2014-17
Recurso Voluntário
Acórdão nº 2201-010.843 – 2ª Seção de Julgamento / 2ª Câmara / 1ª Turma Ordinária
Sessão de 10 de julho de 2023
Recorrente CARLOS ALBERTO BERTUOL
Interessado FAZENDA NACIONAL

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

Exercício: 2013

DESPESAS MÉDICAS. COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO.

É devida a glosa de despesas médicas quando o contribuinte não comprove sua regularidade.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, negar provimento ao recurso voluntário.

(documento assinado digitalmente)

Carlos Alberto do Amaral Azeredo – Presidente e Relator

Participaram do presente julgamento os Conselheiros: Débora Fófano dos Santos, Douglas Kakazu Kushiya, Francisco Nogueira Guarita, Fernando Gomes Favacho, Rodrigo Alexandre Lázaro Pinto (Suplente convocado), Marco Aurélio de Oliveira Barbosa, Rodrigo Monteiro Loureiro Amorim e Carlos Alberto do Amaral Azeredo (Presidente).

Relatório

Trata o presente processo de recurso voluntário em face do Acórdão nº 15-47.248, exarado pela 3ª Turma da Delegacia da Receita Federal do Brasil de Julgamento em Salvador/BA, fl. 44/47, que assim sintetizou o lançamento guerreado:

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:

- dedução indevida de previdência privada e Fapi, no valor de R\$ 7.462,12, por falta de comprovação;
- dedução indevida com dependente, no valor de R\$ 1.974,72, pela falta de comprovação da relação de dependência declarada;
- dedução indevida com despesa de instrução, no valor de R\$ 3.091,35, por falta de comprovação;
- dedução indevida de despesas médicas, no valor de R\$ 7.505,81, por falta de comprovação.

Ciente do lançamento, o contribuinte apresentou impugnação, a qual, submetida ao crivo da Delegacia da Receita Federal do Brasil de Julgamento, foi considerada parcialmente procedente, mantendo-se a exigência unicamente em relação à dedução indevida de despesas médicas, no valor de R\$ 7.505,81, por falta de comprovação, tudo em razão das conclusões expressas no excerto abaixo transcrito:

No presente caso, pelos documentos apresentados não é possível confirmar se o plano refere-se somente ao contribuinte e à dependente declarada em sua DIRPF, sendo necessária a apresentação de documento emitido pelo plano de saúde discriminando os seus beneficiários. Mantém-se a glosa de despesas médicas no valor de R\$ 7.505,81.

Ciente do Acórdão da DRJ, em 05 de julho de 2020, fl. 87, ainda inconformado, o contribuinte apresentou, tempestivamente, o Recurso Voluntário de fl. 53, em que apenas tentou complementar a documentação comprobatória da despesa glosada, mediante a juntada de declaração da Caixa de Assistência Médica dos Funcionários do Banco do Brasil, Estatuto do Plano Associados e demonstrativo de pagamento.

É o relatório necessário.

Voto

Conselheiro Carlos Alberto do Amaral Azeredo, Relator.

Por ser tempestivo e por atender aos demais requisitos de admissibilidade, conheço do recurso voluntário.

Como já a cima destacado, o recurso voluntário pretendeu unicamente complementar as provas acerca da regularidade das despesas médicas junto à Cassi, Caixa de Assistência Médica dos Funcionários do Banco do Brasil, para o quê o contribuinte juntou Estatuto, declaração da entidade e demonstrativo de pagamentos efetuados, conforme se vê em fl. 55 e ss.

Sendo este o cerne da peça recursal, há de se ressaltar que a dedução de despesas médicas tem previsão no Decreto 3.000 (Regulamento do Imposto de Renda), de 26 de março de 1999, art. 80, que dispõe:

“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 nº 9.250/95, art. 8º, II, alínea “a”).

§ 1º O disposto neste artigo (Lei nº 9.250/95, art. 8º, §2º): (...)

II – restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao seu 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.”

Assim, para fazer jus a tal dedução, além de comprovar o gasto, é indispensável que o contribuinte demonstre que sofreu o ônus da despesa e que os beneficiários são, de fato, seus dependentes para fins de imposto de renda. Devendo-se ressaltar que, em termos tributários, a regra é a incidência do tributo, sendo as isenções exceções que devem ser provadas por quem delas aproveita. Assim, o ônus da prova da regularidade das exclusões da base tributável é do

contribuinte e é este o espírito do teor do art. 73 do Decreto 3000/99 (RIR), ao estabelecer que *todas as deduções estão sujeitas a comprovação ou justificação, a juízo da autoridade lançadora.*

Os valores informados no Comprovante de Rendimentos de fl. 08 a tal título estão consolidados e a própria Decisão recorrida evidencia que notou tal informação, mas manteve a exigência unicamente por não terem sido discriminados os beneficiários de tal despesa. Afinal, como bem pontuado pelo Julgador de 1ª Instância administrativa, as despesas médicas ou de hospitalização dedutíveis restringem-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte para o seu próprio tratamento ou o de seus dependentes relacionados na Declaração de Ajuste Anual,

Em fl. 25, é possível notar que há apenas um dependente declarado, a Dra. Marivani Inez Secco. Portanto, somente se admite deduzir a título de despesas médicas o montante dispendido com o próprio contribuinte e, neste caso, com a Sra. Marivani.

Ocorre que o montante informado no Comprovante de Rendimentos já citado não discrimina quem são os beneficiários do plano de saúde e para tentar resolver a dúvida, a defesa junta a Declaração abaixo:

DECLARAÇÃO

A CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL - CASSI, pessoa jurídica de direito privado e operadora de plano de saúde na modalidade de autogestão, inscrita no CNPJ sob nº 33.719.485/0001-27 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS – sob nº. 34665-9, com sede SGAS 613, Conjunto E, Bloco A, L2, Asa Sul, Brasília-DF – CEP 70.200-903 **DECLARA**, para os devidos fins e em atendimento à Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, que CARLOS ALBERTO BERTUOL, inscrito (a) no CPF sob nº 361.943.790-49, encontra-se inscrito (a) como beneficiário do Plano de Associados, sob a matrícula nº 1732910, com adesão em 17/09/1979, na condição de titular.

O Plano de Associados é plano de saúde adaptado aos termos da Lei 9.656/98, cuja cobertura assistencial observa o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, atendendo ao disposto no art. 26 da Portaria Normativa nº 01/07. Encontra-se cadastrado no SCPA da ANS sob o nº 001.

Trata-se de plano classificado perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como coletivo empresarial, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetria e área de abrangência nacional.

No Plano de Associados o titular contribui mensalmente com 3% (três por cento) de seu salário para o plano de saúde, cuja cobertura abrange seus dependentes definidos no Estatuto e Regulamento do Plano de Associados.

Nota-se que tal documento se limita a informar que a cobertura abrange seus dependentes definidos do Estatuto e no Regulamento do Plano de Associados.

O citado Estatuto foi juntado a partir de fl. 56, merecendo destaque o conteúdo de fl. 61/62, em que são enumerados aqueles que se consideram dependentes dos associados, cônjuge, filhos e enteados.

Assim, a despeito da verossimilhança das informações declaradas, é fato que o contribuinte não se desincumbiu adequadamente de seu mister probatório.

É rotineira a apresentação de extratos de pagamentos a planos de saúde com individualização das parcelas dos valores de cada beneficiário. Tais extratos são elaborados exatamente para contemplar as necessidades de comprovações fiscais e, como regra, qualquer operadora já disponibiliza acesso facilitado a tal informação.

Portanto, bastaria o contribuinte solicitar tal informe em sua operadora de plano de saúde e resolver definitivamente a contenda. Mas não o fez.

Pelo exposto, não identifico mácula no lançamento ou na Decisão recorrida.

Conclusão

Por tudo que consta nos autos, bem assim nas razões e fundamentos legais acima expostos, voto por negar provimento ao recurso voluntário.

(documento assinado digitalmente)

Carlos Alberto do Amaral Azeredo