



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

Processo n° 13836.000356/2007-47
Recurso n° Voluntário
Acórdão n° 2802-001.678 – 2ª Turma Especial
Sessão de 20 de junho de 2012
Matéria IRPF
Recorrente ADIB FERES SAD
Recorrida FAZENDA NACIONAL

Assunto: Imposto sobre a Renda de Pessoa Física - IRPF

Exercício: 2003

Ementa:

IRPF. DEDUÇÃO DE DESPESAS MÉDICAS. COMPROVAÇÃO.

Se o contribuinte deixa de trazer aos autos comprovação bastante para dar validade à dedução glosada, resta desprovida de certeza a despesa e, conseqüentemente, a manutenção da glosa se impõe.

Recurso Voluntário 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.

(assinado digitalmente)

Sidney Ferro Barros - Relator.

EDITADO EM: 19/09/2012

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Jorge Claudio Duarte Cardoso (Presidente), German Alejandro San Martin Fernandez, Jaci de Assis Junior, Carlos Andre Ribas de Mello, Dayse Fernandes Leite e Sidney Ferro Barros.

Relatório

Peço vênha para iniciar o presente com a transcrição do quanto relatado no acórdão recorrido, *in verbis*:

“O processo refere-se ao Auto de Infração de fls. 38, cientificado em 09/05/2007 (fls. 08), relativo ao ano-calendário de 2002, exercício 2003, por meio do qual foi exigido crédito tributário no valor de R\$ 20.676,45 - sendo R\$ 8.741,21 a título de imposto, R\$ 5.379,34 como juros de mora e R\$ 6.555,90 por multa proporcional -, por conta de deduções da base de cálculo do IR a título de despesas médicas, fundamentado na legislação vigente e RIR/99.

O Contribuinte apresentou a impugnação de fls. 01/05, em 06/06/2007, acostada de documentação (fls. 06/07). Alega, em breve síntese, equivocada a glosa de despesa com plano de saúde, sendo certo de que os planos são de sua titularidade e não beneficiam terceiros.

Pede o cancelamento do lançamento.”

A decisão recorrida, contudo, declarou procedente o lançamento, por concluir que “o *Impugnante não declarou em conjunto com sua esposa, e não apresentou dependentes na DIRPF/2003. Não obstante, não há como inferir, com as provas carreadas nos autos, de forma estreme, que sua esposa ou terceiro fosse, à época, beneficiária dos planos de saúde de titularidade do Impugnante*”, motivo da glosa no valor de R\$ 31.786,22.

À fl. 57 se vê o recurso voluntário, por meio do qual o interessado, primeiramente, alega que a restrição à dedução de gastos com não-dependentes consta tão-só do RIR/99; não consta da matriz legal (Lei 9.250/95, art. 8º). Em seguida, além de afirmar que pagou pela despesa e, por isso, deve ter a dedução admitida, levanta questão relativa ao fato de que todo o gasto foi glosado e a decisão manteve a glosa sob o argumento de que seja possível que haja outros beneficiários dos planos. Por isso, acosta os cartões dos planos para provar que é, sim, beneficiário de ambos, o que, por si só, desautoriza a glosa total como foi feita.

É o relatório.

Voto

Conselheiro Sidney Ferro Barros, Relator.

O recurso é tempestivo e atende aos requisitos de admissibilidade. Dele conheço.

Não procede o argumento de que a restrição à dedução de despesas médicas com não-dependentes haja sido trazida pelo RIR/99, o qual teria extrapolado do conteúdo da Lei nº 9.250/95.

Veja-se o que diz o art. 8º dessa Lei:

“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:

(...)

II - restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao próprio tratamento e ao de seus dependentes;

(...)” [grifei]

Quanto ao mais: a razão de glosar as despesas com os dois planos de assistência médica foi o fato de ser possível que haja outros beneficiários, além do contribuinte.

De fato, os dois cartões de atendimento acostados por cópia pelo Recorrente (fl. 61) mostram, no mínimo, que ele é, sim, beneficiário (ou um deles...) de ambos os planos cuja dedução se glosou.

Mas, não deixo de considerar que o contribuinte poderia – a rigor, deveria – ter produzido a prova que lhe asseguraria a dedução integral – ou, ao menos, a mensurar a dedução parcial a que teria direito, caso haja, mesmo, outros beneficiários nos planos. Penso que bastaria a ele ter solicitado às beneficiárias declaração que descrevesse o nome dos beneficiários dos convênios médicos.

A insistência do contribuinte em não trazer a prova que lhe foi requerida – vale lembrar uma vez mais que a razão de glosar está claramente descrita no Auto de Infração, fl. 39 – leva-me a conduzir meu voto no sentido de negar provimento ao recurso voluntário.

É o meu voto.

Brasília/DF, Sala das Sessões, em 20 de junho de 2012.

(assinado digitalmente)

Sidney Ferro Barros

CÓPIA