



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

Processo nº 14112.000071/2007-34
Recurso nº Voluntário
Acórdão nº 2802-01.329 – 2ª Turma Especial
Sessão de 20 de janeiro de 2012
Matéria IRPF
Recorrente JANIR GOMES DA SILVA
Recorrida FAZENDA NACIONAL

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA - IRPF

Exercício: 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006

RENDIMENTOS DE REFORMA- MOLÉSTIA GRAVE. ISENÇÃO.
TERMO INICIAL.

A isenção dos portadores de moléstia grave em relação aos rendimentos de reforma é válida a partir do mês da emissão do laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, ou a partir da data em que a doença foi contraída, quando identificada nesse laudo

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 Cláudio Duarte Cardoso - Presidente.

(assinado digitalmente)
Lucia Reiko Sakae - Relator.

EDITADO EM:

Participaram do presente julgamento, os Conselheiros: Lúcia Reiko Sakae, Sidney Ferro Barros, Dayse Fernandes Leite, Carlos André Ribas de Mello, German Alejandro San Martin Fernandez e Jorge Cláudio Duarte Cardoso (Presidente).

Relatório

Trata-se de Recurso Voluntário interposto contra acórdão proferido na 1ª instância administrativa, pela Delegacia da Receita Federal de Julgamento, de fls. 145/148, que considerou IMPROCEDENTE a manifestação de inconformidade, entendendo que o interessado só faria jus à isenção de imposto de renda sobre os rendimentos de reforma a partir de outubro de 2.007, conforme data atestada pelo serviço médico do Comando da Aeronáutica, única questão a que se restringia a lide, uma vez que se tratava de rendimentos de militar reformado desde 1.996.

A ciência de tal julgado se deu por via postal em 11/11/2009, consoante o AR – Aviso de Recebimento – de fl. 151.

À vista da decisão, foi protocolizado, em 11/12/2009 (protocolo de fl. 152), recurso voluntário de fls. 153/, no qual o pólo passivo questiona a decisão proferida.

Na peça recursal, o contribuinte informa que a Junta Superior de Saúde da Aeronáutica concluiu, em 12/12/2.002, retroagindo seus efeitos a 10/05/2.002, o diagnóstico de que é portador de "DOENÇA ISQUÊMICA CRÔNICA DO CORAÇÃO 125 E PRESENÇA DE IMPLANTE E ENXERTO DE ANGIOPLASTIA CORONÁRIA -NZ95.5".

Entende resumir a lide na questão de que se esse diagnóstico se enquadra dentro das enfermidades denominadas de “cardiopatia grave”, tratada no dispositivo isencional

Nessa linha contesta o entendimento da decisão de primeira instância de que “a própria fonte pagadora, amparada no laudo, negou-se a reconhecer o benefício fiscal”, ressaltando que essa junta emitiu o seguinte parecer no primeiro laudo (fl. 140 do processo):

Parecer : NÃO JUSTIFICA O QUE REQUER SEGUNDO A PORTARIA MD 328 DE 17.05.01. ESTE PARECER RETROAGE À DATA DA SUA INSPEÇÃO DE SAÚDE REALIZADA EM 10.05.02, PELA JRS/BACG.”

Esclarece, então, que o indeferimento não fora em decorrência da inexistência de cardiopatia grave.

Em continuidade informa trazer relatórios cirúrgicos, transcrevendo, ainda, texto do segundo laudo, além de colacionar decisões judiciais (fls. 157/161)

É o relatório.

Voto

Conselheiro Lucia Reiko Sakae, Relator

O recurso voluntário é tempestivo e presentes, ainda, os demais requisitos formais de admissibilidade, dele conheço.

O litígio se resume à data que deve ser considerada para efeito de isenção de rendimentos de reforma do recorrente por ser portador de moléstia grave.

O recorrente rebateu a decisão *a quo* que desconsiderou que o mesmo era portador de cardiopatia grave, com base no primeiro laudo de fl. 140.

Esse laudo tinha como finalidade “INSPECIONADO(A) PARA FINS DA LEI Nº 7713/88.”, com a conclusão de :

“Parecer : NÃO JUSTIFICADO O QUE REQUER SEGUNDO A PORTARIA MD 328 DE 17.05.01. ESTE PARECER RETROAGE A DATA DA SUA INSPEÇÃO DE SAÚDE REALIZADA EM 10.05.02, PELA JRS/BACG.”(grifei)

Analisando a Portaria MD 328 de 17/05/01 [<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=22/05/2001&jornal=1&pagina=6&totalArquivos=100>] >>, acesso em 29/12/2011], verifica-se que, tratando-se de portaria normativa, tinha como finalidade aprovar “as Normas para a Avaliação da Incapacidade pelas Juntas de Inspeção; de Saúde.”

Em seu capítulo introdutório indicava como finalidade conceituar:

“Estas Normas têm por finalidade conceituar as doenças especificadas nos diplomas legais e padronizar os procedimentos das Juntas de Inspeção de Saúde para uniformizar os pareceres por estas exarados.

LEGISLAÇÃO

- Lei nº 6.880, de 09 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Militares); e

- Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Regime Jurídico Único).

ANTECEDENTES

Estas Normas substituem e/ou complementam as conceituações existentes tias seguintes legislações revogadas:

- Lei nº 5.774, de 23 de dezembro de 1971; e - Lei nº 6.481, de 28 de outubro de 1952.

APLICAÇÃO

Estas Normas aplicam-se às Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas.” (grifei)

O Capítulo III dessa portaria cuidava das “DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI” e a seção 2 tratava de “CARDIOPATIA GRAVE”, cujo texto ora transcrevemos

“4 - CONCEITUAÇÃO

4.1 - Para o entendimento de cardiopatia grave toma-se necessário englobarem-se no conceito todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como -agudas.

4.2 - São consideradas Cardiopatias Graves:

a) as cardiopatias agudas, que, habitualmente rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais;

b) as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação) e profissional, não obstante o tratamento

clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

4.3 - A limitação da capacidade física, funcional e profissional 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.

4.4 - A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em Classes ou Graus, assim descritos:

- a) GRAU I - Pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito;
- b) GRAU II - Pacientes portadores de doenças cardíaca com leve limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;
- c) GRAU III - Pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuariam pequenos esforços;
- d) GRAU IV - Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

4.4.1 - Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, são os seguintes;

- a) história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma, em repouso;
- d) eletrocardiografia dinâmica. (Holter);
- e) teste ergométrico;
- f) ecocardiograma, em repouso;
- g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
- h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
- i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
- j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
- lc) cinecoronarioventriculografia.

4.4.2 - Nos inspecionados portadores de doença cardíaca, não identificáveis com os meios de diagnósticos citados no item 4.4.1, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares, que a medicina especializada venha a exigir.

4.5 Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de Cardiopatia Grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

4.6 - O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de Cardiopatia Grave estão relacionados para as seguintes

cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonale crônico.

4.6.1 - Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar Cardiopatia Grave (por exemplo,, fração de ejeção < 0,35) porém, na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

...

6 - NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

6.1 - Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação funcional descrita no item 4.4 destas Normas serão considerados como portadores de Cardiopatia Grave, pelas Juntas de Inspeção de Saúde.

6.2 - Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos Graus I e II da avaliação funcional do item 4.4 destas Normas, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por Cardiopatia Grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica e após esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e de exames subsidiários.

6.2.1 - A idade do paciente, sua atividade profissional e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões citadas - no item 6.2.

6.3 - Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e incapacitados, se enquadrados nos itens 6.1 e/ou 6.2 destas Normas.

6.3.1 - Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada, após o tratamento da doença hipertensiva.

6.3.2 - Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada, após a correção, salvo se, as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, sejam consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

6.4 - As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento, ou cursando com episódios

tromboembólicos, serão consideradas como Cardiopatia Grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

6.5 - As Juntas de Inspeção de Saúde somente enquadrarão os pacientes como portadores de Cardiopatia Grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar o tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses.

6.5.1 - As Juntas de Inspeção de Saúde poderão fazer o enquadramento de Cardiopatia Grave, dispensando o prazo de observação e tratamento, citado no item 6.5 destas Normas, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico, a curto prazo.

6.5.2 - O prazo de observação e tratamento, citado no item 6.5, poderá ser dispensado nos pacientes que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados.

6.6 - Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos: etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e a afirmação ou negação de Cardiopatia Grave, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

6.6.1- . Quando não for possível firmar-se o diagnóstico etiológico, esse deverá ser citado como sendo desconhecido.” (grifei)

Dessa norma , fica claro que o recorrente , apesar de sofrer de problemas cardíacos, não se enquadrava na condição de “portador de cardiopatia grave”, segundo laudo juntado emitido em 2.002. E, somente o laudo, de fl. 142, apresentou :

“Diagnóstico(CID10):

Z95.1 - HISTÓRIA PESSOAL DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA (FEV/1995) E Z95.5 - ANGIOPLASTIA CORONÁRIA COM IMPLANTE DE STENT (22.08.07),

Z45.2 - CINECORONARIOGRAFIA (13.08.07) CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO DO MIOCÁRDIO (28.08.06), E11 - DIABETES MELLITUS E 125.9 CLASSE FUNCIONAL III DE NYHA.”

Parecer:

INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO MILITAR. ESTÁ, IMPOSSIBILITADO TOTAL E PERMANENTEMENTE PARA QUALQUER TRABALHO. NÃO PODE PROVER OS MEIOS DE SUBSISTÊNCIA. NÃO PODE EXERCER ATIVIDADES CIVIS. NÃO NECESSITA DE INTERNAÇÃO ESPECIALIZADA. NÃO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA E CUIDADOS PERMANENTES DE ENFERMAGEM. É CARDIOPATIA GRAVE. É DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI. ESTE PARECER RETROAGE A DATA DA SUA INSPEÇÃO DE SAÚDE REALIZADA EM 05.10.07 PELA JRS/BACG.” (grifei)

Processo nº 14112.000071/2007-34
Acórdão n.º **2802-01.329**

S2-TE02
Fl. 169

Do exposto, o recorrente só foi enquadrado como sendo portador de cardiopatia grave em outubro de 2.007, fazendo jus, a partir de então, à isenção do imposto de renda sobre os rendimentos de reforma por ser portador de moléstia grave.

Conclusão:

Ante o exposto, voto no sentido de **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso interposto.

(assinado digitalmente)
Lucia Reiko Sakae