



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

Processo n° 15471.000808/2006-11
Recurso n° Voluntário
Acórdão n° 2802-001.976 – 2ª Turma Especial
Sessão de 18 de outubro de 2012
Matéria IRPF
Recorrente JOSÉ DE ALBUQUERQUE ALVES
Recorrida FAZENDA NACIONAL

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA - IRPF

Exercício: 2003

Ementa:

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 Estado, do Distrito Federal ou dos Municípios que especifique a existência da patologia prevista no texto legal.

ISENÇÃO. MOLÉSTIA GRAVE. CARDIOPATIA GRAVE. MARCAPASSO.

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. Portar marcapasso, por si só, não implica reconhecer uma cardiopatia grave para efeito legal.

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 e Relator.

EDITADO EM: 18/10/2012

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Jaci de Assis Júnior, Dayse Fernandes Leite, Ewan Teles Aguiar, German Alejandro San Martín Fernández e Jorge Cláudio Duarte Cardoso (Presidente). Ausente o Conselheiro Sidney Ferro Barros.

Relatório

Trata-se de lançamento de Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) do exercício 2003 , ano-calendário 2002, em virtude de reclassificação para rendimentos tributáveis de rendimentos declarados como isentos , em decorrência de ter sido considerado que o contribuinte é portador de moléstia grave a partir de junho de 2005. Também foi corrido o valor do Imposto Retido na Fonte.

Na impugnação alegou-se que o contribuinte é portador de cardiopatia grave desde 1978 conforme comprovam os documentos anexos e que além das retenção identificadas no auto de infração ocorreram outras no valor de R\$54.206,09 relacionadas ao processo 91.0003439-8.

Foi realizada diligência (fls. 40/41) para que a autoridade lançadora informasse o motivo pelo qual não foi considerado o DARF de fls. 08 e para que verificasse o montante de rendimentos sujeitos a tributação.

A diligência fiscal aponta que o DARF foi considerado no demonstrativo de fls. 05, porém refere-se ao código 0246 – IRPF complementação mensal (fls. 08 e 48), de forma que a alegação do recorrente de que se trata de IRRF (retido pelo INSS) não está correta

O relatório de diligência fiscal consta das fls. 55.

A manifestação do contribuinte em relação à diligência fiscal consta das fls. 59 e seguintes.

A 2ª Turma da DRJ Rio de Janeiro II julgou improcedente a impugnação porque (a) o contribuinte não comprovou que portava a cardiopatia grave durante o ano-calendário 2002, uma vez que os laudos apontam a doença a partir de junho de 2005; e (b) o DARF de R\$54.206,09 foi considerado no Demonstrativo de Apuração do Imposto Suplementar (fls. 05).

A intimação do acórdão foi postada em 06/11/2010, porém o Aviso de Recebimento - AR não contém data de recebimento.

Por sua vez, a peça recursal não recebeu data de protocolo.

Falecido em 25/02/2011, o recurso voluntário é interposto pelo filho Newton Ozório de Albuquerque Alves e os argumentos recursais são resumidos abaixo:

1. ao tomar conhecimento do direito à isenção submeteu-se a Junta Médica do Ministério da Saúde – Hospital dos Servidores do Estado, onde fora operado, e obteve o laudo que declara ser portador de doença grave do sistema de condução (coração), com implante de marca passo desde 1978;
2. na essência, cardiopatia grave é qualquer moléstia do coração, agravada pela dependência de implante marca passo;
3. em 2005 também se submeteu a junta médica do Ministério dos Transportes obtendo parecer que confirma o diagnóstico de cardiopatia grave, sem, contudo, identificar o início da moléstia;
4. todos os rendimentos recebidos foram fruto de aposentadoria e pensão pagos pelo Estado;
5. possui direito à isenção retroativamente, no entanto, se este não for admitido, requer que se considere que nada tem a pagar em face da declaração processada tempestivamente.

É o relatório.

Voto

Conselheiro Jorge Claudio Duarte Cardoso, Relator

Por falta de data de recebimento do acórdão e do protocolo do recurso voluntário, considera-se que a peça recursal foi apresentada tempestivamente. Por também estarem presentes os demais requisitos de admissibilidade, toma-se conhecimento do recurso voluntário.

No mérito discute-se o direito à isenção que não foi reconhecido em primeira instância por falta de um laudo médico oficial que especifique a existência da cardiopatia grave no ano-calendário 2002.

Sustenta o recorrente que essa informação consta do laudo emitido pelo Hospital dos Servidores do Estado, em 03/06/2005. O recorrente se refere ao trecho do laudo transcrito abaixo:

o interessado é portador de grave doença do sistema de condução, estando por isso dependente de sistema de Marca-Passo, sendo o primeiro implantado em 1978.

Seu caso exige acompanhamento contínuo e freqüentes avaliações.

O parecer emitido em 04/07/2005 na outra inspeção de saúde comentada no recurso é bem sucinto.

*Analisando o presente processo, especificamente as fls. n.º. 04, que é documento médico referente ao/Sr. José de Albuquerque Alves, conclui que no momento a doença declarada é especificada como **CARDIOPATIA GRAVE** no art. 190 da Lei 8112/90. (grifos em negrito são do original e sublinhados foram acrescidos)*

A declaração emitida pelo Ministério dos Transportes ao fazer referência à inspeção realizada pela Junta Médica daquele Ministério informa que a cardiopatia grave foi reconhecida a partir de 03 de junho de 2005 (fls. 77), o documento denominado apostila de isenção do IR reporta-se ao mesmo laudo e indica o início da doença em 03/01/2005. Estes documentos referem-se ao processo 50000.023788/2005-13 daquele Ministério.

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 como um dos requisitos para o reconhecimento da isenção em comento que 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).

Nos laudos apresentados não há uma informação segura de que o contribuinte fosse portador de cardiopatia grave no ano-calendário 2002.

A informação prestada no laudo do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro não indica a existência de cardiopatia grave, pois para efeito de isenção tributária a menção ao fato de que o contribuinte “é portador de grave doença do sistema de condução, estando por isso dependente de sistema de Marca-Passo, sendo o primeiro implantado em 1978” não atende ao requisito legal.

De outro giro, o laudo do Ministério dos Transporte reconhece a existência de cardiopatia grave somente em 2005.

O recorrente ampara-se na comprovação da existência de uma grave doença do sistema de condução para, por equiparação, ver reconhecida a cardiopatia grave.

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.)

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 Cíveis 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.

Tome-se como exemplo a patologia *infarto agudo do miocárdio* que para o leigo e para o paciente 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.

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.

Um outro exemplo pode ser identificado no caso de um paciente que seja portador de hipertensão arterial sistêmica. A II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave descreve que a definição de cardiopatia grave na doença hipertensiva não depende exclusivamente dos níveis tensionais, mas da concomitância de lesões em órgãos-alvos: rins,

coração, cérebro, retina e artérias periféricas. Por decorrência lógica, nem toda doença hipertensiva é uma cardiopatia grave.

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).

No caso dos autos, por se tratar do ano-calendário 2002, ao único laudo que ampararia isenção no período descreve que o contribuinte é portador de grave doença do sistema de condução, estando por isso dependente de sistema de Marca-Passo, sendo o primeiro implantado em 1978.

Não é possível assegurar que a grave doença do sistema de condução e a consequente dependência do sistema de Marca-Passo seja uma cardiopatia grave.

Ilustra-se a referida conclusão com as orientações do sistema de perícia médica do Distrito Federal no sentido de que podem ser consideradas cardiopatias graves as cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente, inclusive com implante de marcapasso, **“quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes à classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA”**.

As citadas orientações podem ser consultadas em <http://www.periciamedicadf.com.br/manuais/periciamedica/periciamedica20.php>.

Para os fins deste processo, não é relevante analisar o significado das classes II, III e IV da NYHA (New York Heart Association), pois o que importa para a solução do litígio é que nem toda doença grave do coração é uma cardiopatia grave para efeitos legais, ainda que tenha implicado o uso de marcapasso.

No mesmo sentido, é o “Consenso Nacional sobre Cardiopatia Grave” que somente considera como arritmias cardíacas graves dos portadores de marcapasso definitivo **cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente**. (disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1993/61/cardiopatiaGrave.pdf> e no Parecere CREMERJ n. 21/94 http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmrj/pareceres/1994/21_1994.htm).

Em síntese o termo *cardiopatía grave* 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 cardiopatía 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 cardiopatía grave a um gênero do qual todas as doenças graves do coração são espécies. O termo cardiopatía grave empregado na Lei nº 7.713/1988 não é mera técnica legislativa de mencionar o gênero ao invés de todas as espécies.

Por fim, o pedido para reconhecimento de que não há imposto a pagar em virtude de entrega de declaração tempestiva é alegação genérica desprovida de conteúdo que possa justificar a invalidação do lançamento.

Diante do exposto, nego provimento ao recurso voluntário.

(Assinado digitalmente)

Jorge Claudio Duarte Cardoso