



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



<b>PROCESSO</b>	<b>15504.011630/2009-52</b>
<b>ACÓRDÃO</b>	2202-011.150 – 2ª SEÇÃO/2ª CÂMARA/2ª TURMA ORDINÁRIA
<b>SESSÃO DE</b>	30 de janeiro de 2025
<b>RECURSO</b>	VOLUNTÁRIO
<b>RECORRENTE</b>	FERNANDO DE ABREU BRAGA
<b>INTERESSADO</b>	FAZENDA NACIONAL

**Assunto: Imposto sobre a Renda de Pessoa Física - IRPF**

Exercício: 2007

DEDUÇÃO. DESPESA COM SAÚDE. PLANO DE SAÚDE. COMPROVAÇÃO.

Comprovado o recolhimento de valores a título de plano de saúde, em benefício do contribuinte, deve-se restaurar a respectiva dedução.

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, em dar provimento ao Recurso Voluntário, para restabelecer a dedução a título de despesa com seguro-saúde, no valor de R\$ 5.248,47.

*Assinado Digitalmente*

**Thiago Buschinelli Sorrentino** – Relator

*Assinado Digitalmente*

Sonia de Queiroz Accioly – Presidente

Participaram da sessão de julgamento os Conselheiros Andressa Pegoraro Tomazela, Henrique Perlatto Moura, Marcelo Valverde Ferreira da Silva, Marcelo de Sousa Sateles (substituto[a] convocado[a] para eventuais participações), Sara Maria de Almeida Carneiro Silva, Thiago Buschinelli Sorrentino, Sonia de Queiroz Accioly (Presidente).

**RELATÓRIO**

Por brevidade, reproduzo o relatório elaborado pelo órgão julgador de origem:

Trata-se de Notificação de Lançamento contra o contribuinte acima identificado, relativa ao Imposto de Renda Pessoa Física, exercício 2007, ano-calendário 2006, formalizando a exigência de imposto suplementar de R\$2.077,84, acrescido de multa de ofício e juros de mora calculados até 30 de junho de 2009, totalizando o valor de R\$4.147,78. A autoridade fiscal informa que o contribuinte não comprovou o pagamento declarado de R\$9.312,95, ao plano de saúde da Fundação Forluminas de Seguridade Social, o que ensejou o não acolhimento da dedução pleiteada. O contribuinte foi cientificado da notificação em 16/06/2009 e apresentou impugnação em 29/06/2009, fls.01, acompanhada de documentos. Na impugnação argumenta que houve falha na comunicação e interpretação, entendendo que foi a ele solicitado através de Termo de Intimação Fiscal discriminação de despesas com médicos, hospitais e laboratórios através do plano de saúde, mas, na verdade, a Receita Federal solicitou a informação sobre o montante pago ao plano de saúde a título de mensalidades/contribuição no ano de 2006. Alega que ao apresentar os documentos das despesas médicas realizadas através do Plano de Saúde, esta implícito que é contribuinte do plano e, portanto, efetuou o pagamento de mensalidades que são descontadas do seu contracheque da aposentadoria, conforme documentos juntados. A partir da impugnação, fez-se necessário o encaminhamento dos autos à DRF para intimar o notificado a apresentar documentos que comprovassem o valor pago por ele ao plano de saúde para acobertar despesas com a sua própria saúde, já que o mesmo não declarou dependentes em sua Declaração de Ajuste Anual. O contribuinte manifestou-se às fls. 44/46, e, em seguida, os autos retornaram a esta Delegacia de Julgamento para prosseguimento.

Referido acórdão foi assim ementado:

ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA – IRPF

Exercício: 2007

DESPESA COM PLANO DE SAÚDE . NÃO COMPROVAÇÃO.

Na ausência de comprovação de dedução com plano de saúde, mantém-se a glosa efetuada pela fiscalização.

Notificado do resultado do julgamento da impugnação em 05/10/2012 (fls. 56), o recorrente interpôs o presente recurso voluntário em 25/10/2012 (fls. 58), em que se sustenta, sinteticamente:

a) Da Glosa de Despesas Médicas:

A Receita Federal de Belo Horizonte desconsiderou os pagamentos ao plano de saúde no valor de R\$ 9.312,95, resultando em imposto suplementar de R\$ 2.077,84, acrescido de multa, juros e mora, totalizando R\$ 4.147,78.

O contribuinte apresentou documentação fornecida pelo PROSAÚDE INTEGRADO DA CEMIG - PSI, administrado pela Fundação Forluminas de Seguridade Social - FORLUZ, discriminando os gastos realizados com sua própria saúde e a de seus dependentes no plano de saúde.

b) Da Improcedência do Pedido de Impugnação:

O pedido de impugnação foi negado pela Delegacia da Receita Federal de Julgamento de Belo Horizonte (DRJ/BHE) com base no entendimento de que a documentação apresentada não era clara quanto ao valor da despesa pessoal do titular do plano.

c) Da Interpretação Equivocada pela Receita Federal:

A Receita Federal interpretou erroneamente o termo "dependente do plano de saúde" como se fosse sinônimo de "dependente perante a Receita Federal".

Foi considerado que os valores descritos como "PSI c/dep." na declaração da administradora do plano referem-se ao plano de saúde do titular, o qual também contempla dependentes do grupo familiar.

d) Da Documentação Fornecida:

A documentação apresentada discrimina os valores pagos pelo titular e pelos dependentes no plano de saúde.

Declarações posteriores da administradora do plano (FORLUZ) e contracheques do ano de 2006 confirmam os descontos das mensalidades do plano de saúde realizados diretamente na folha de pagamento do contribuinte.

e) Das Mensalidades do Plano de Saúde:

As mensalidades do plano de saúde são calculadas como percentual da remuneração do contribuinte e variam conforme a faixa etária, sendo descontadas diretamente de seus proventos de aposentadoria.

f) Do Conflito entre Declarações e Padrões Documentais:

A administradora do plano de saúde não se dispõe a emitir documentos diferentes do padrão adotado por ela, colocando o contribuinte em situação

desfavorável ao não ser possível atender à exigência documental da Receita Federal.

g) Da Nova Declaração Apresentada:

Foi anexada uma nova declaração emitida pela administradora do plano de saúde (CEMIG SAÚDE) que esclarece os valores pagos anteriormente e detalha melhor os gastos realizados.

h) Pedidos Formulados

Diante dos argumentos apresentados, requer:

O acolhimento do presente Recurso.

O cancelamento parcial da exigência fiscal, com o conseqüente refazimento dos cálculos, considerando o valor de R\$ 5.248,47 como despesas médicas relativas ao titular do plano de saúde.

É o relatório.

## VOTO

O Conselheiro Thiago Buschinelli Sorrentino - Relator

Conheço do recurso voluntário, porquanto tempestivo e aderente aos demais requisitos para exame e julgamento da matéria.

Registro que o objeto do recurso voluntário é parcial, pois apenas se impugna o valor de R\$5.248,47, referente ao plano de saúde:

### DO PEDIDO

À vista do exposto, demonstrada a insubsistência e improcedência parcial do lançamento, requer que seja acolhido o presente Recurso e cancelada a exigência fiscal, cancelando-se parcialmente o lançamento efetuado, refazendo os cálculos considerando o pagamento das mensalidades referentes ao titular do plano de saúde (R\$5.248,47).

Originariamente, a autoridade lançadora glosou as seguintes despesas médicas, e, para tanto, adotou a seguinte motivação (fls. 07):

Intimado, o contribuinte não comprovou o pagamento do valor de R\$ 9.312,95 ao plano de saúde da Fundação Forluminas de Seguridade Social. Assim sendo, esse valor foi glosado.

Por seu turno, o órgão julgador de origem entendeu que os documentos apresentados eram crípticos, de modo a impossibilitar a identificação dos valores efetivamente pagos.

Apenas para fins de registro, transcrevo o seguinte trecho do acórdão-recorrido:

Trata-se de uma declaração da Forluz Forluminas de Seguridade Social onde constam valores de contribuição sob os títulos “PSI c/dep”, “Dep esp 0 a17”, “Dep esp 18 a 29”, “Dep esp 29 a 33”, portanto, nomenclaturas abreviadas que não indicam com clareza qual o valor gasto pelo notificado com suas despesas pessoais de plano de saúde. O valor apontado pelo contribuinte como despesa com plano de saúde do titular, de R\$5.248,47, está indicado sob o título “PSI c/dep”. Neste caso, o notificado poderia ter juntado aos autos uma declaração da administradora do plano de saúde especificando a despesa com o titular, ora notificado, para que não restasse dúvida quanto ao valor efetivamente pago por ele com seu próprio plano, já que o mesmo não declarou dependentes. Portanto, a despesa com plano de saúde pessoal do contribuinte não restou comprovada nos autos, mantendo-se a glosa efetuada pela fiscalização.

Não obstante entendimento em sentido contrário, formado por ocasião do exame de recursos no âmbito da 1ª Turma Extraordinária desta 2ª Seção, observo que esta 2ª Turma Ordinária, da 2ª Câmara, desta 2ª Seção, firmou orientação quanto à impossibilidade de exame de nova documentação apresentada pelo recorrente, se ausente uma das hipóteses legais permissivas, interpretadas apenas com base no texto do Decreto 70.235/1972, sem a influência do CTN.

A propósito, transcrevo o seguinte trecho de manifestação apresentada pela Conselheira SONIA DE QUEIROZ ACCIOLY, em assentada anterior:

A deficiência da defesa na apresentação de provas, sob sua responsabilidade, não implica a necessidade de concessão de prazo.

Doutro lado a preclusão processual é um elemento que limita a atuação das partes durante a tramitação do processo, imputando celeridade em prol da pretendida pacificação social.

De acordo com o art. 16, inciso III, do Decreto nº 70.235, de 1972, os atos processuais se concentram no momento da impugnação, cujo teor deverá abranger “os motivos de fato e de direito em que se fundamenta, os pontos de discordância, as razões e provas que possuir”, considerando-se não impugnada a

matéria que não tenha sido expressamente contestada pelo impugnante (art. 17 do Decreto nº 70.235, de 1972).

Assim não é lícito inovar após o momento de impugnação para inserir tese de defesa diversa daquela originalmente deduzida na impugnação, ainda mais se o exame do resultado tributário do Recorrente apresenta-se diverso do originalmente exposto, contrário a própria peça recursal, e poderia ter sido levantado na fase defensiva.

As inovações devem ser afastadas por referirem-se a matéria não impugnada no momento processual devido.

Soma-se que, no recurso, o Recorrente não demonstrou a impossibilidade da apresentação documental, no momento legal, por força maior ou decorrente de fato superveniente.

Ressaltado meu entendimento divergente, baseado na leitura dos arts. 142, par. ún., 145, III e 149 do CTN, e art. 50 da Lei 9.784/1999, associados à Súmula 473/STF, por força do Princípio do Colegiado, alinho-me à orientação que considera inadequada a apresentação de documentação por ocasião da interposição do recurso voluntário.

Nessa linha, somente é cabível a apresentação posterior de documentos já existentes por ocasião da impugnação, se eles se destinarem a contrapor argumentação também inovadora, surgida originariamente por ocasião do julgamento da impugnação.

A propósito, transcrevo a seguinte ementa:

**Numero do processo:**10120.012284/2009-11

**Turma:**Primeira Turma Extraordinária da Segunda Seção

**Seção:**Segunda Seção de Julgamento

**Data da sessão:**Wed Oct 27 00:00:00 UTC 2021

**Data da publicação:**Tue Mar 15 00:00:00 UTC 2022

**Ementa:**ASSUNTO: IMPOSTO SOBRE A RENDA DE PESSOA FÍSICA (IRPF) Exercício: 2007 DEDUÇÃO. NÃO COMPROVAÇÃO. DESPESAS MÉDICAS. RAZÕES PARA REJEIÇÃO DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS POR OCASIÃO DA IMPUGNAÇÃO SURGIDAS DURANTE O RESPECTIVO JULGAMENTO. APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO CONJUNTAMENTE COM O RECURSO VOLUNTÁRIO PARA CONTRAPOSIÇÃO ESPECÍFICA À FUNDAMENTAÇÃO ADOTADA PELO COLEGIADO PRIMEIRO. POSSIBILIDADE.

Em regra e sob pena de preclusão, compete ao impugnante apresentar toda a documentação necessária para subsidiar suas alegações juntamente com a impugnação (art. 16, §§ 4º, 5º e 6º do Decreto 70.235/1972). Não obstante, a legislação de regência permite a apresentação superveniente de documentação,

na hipótese desta se destinar a contrapor fatos ou razões posteriormente trazidas aos autos. Cabe a apresentação de acervo documental destinado a contrapor-se à fundamentação específica inaugurada durante o julgamento da impugnação.

DESPESAS MÉDICAS. PAGAMENTOS INVALIDADOS POR DEFICIÊNCIA FORMAL DA DOCUMENTAÇÃO. GLOSA DECORRENTE DA FALTA DE INDICAÇÃO DOS REQUISITOS ELEMENTARES. FALHA PARCIALMENTE SUPRIDA. O único fundamento adotado para a glosa das despesas médicas foi a ausência de requisitos formais da documentação inicialmente apresentada (art. 80 do Decreto 3.000/1999). Suprida parcialmente a deficiência formal, deve-se reconhecer o direito às despesas realizadas com tratamento médico.

**Numero da decisão:**2001-004.652

**Decisão:**Vistos, relatados e discutidos os presentes autos. Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos,em dar parcial provimento ao Recurso Voluntário de modo a reformar o r. acórdão-recorrido tão-somente na parte em que manteve a proibição (“glosa”) do emprego das despesas para pagamento de serviços de psicologia feitos durante o ano de 2006 em benefício de Kamylla Franco Peres Campos (CPF 730.695.821-68; CRP 09/4695), no valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais). Em consequência, determino à d. autoridade fiscal que proceda ao recálculo do valor do tributo devido a título de IRPF incidente sobre os fatos havidos em 2006 e oferecidos ao ajuste anual em 2007, com o reconhecimento do direito à dedução indicada. (documento assinado digitalmente) Honorio Albuquerque de Brito - Presidente (documento assinado digitalmente) Thiago Buschinelli Sorrentino - Relator(a) Participaram do presente julgamento os Conselheiros: Marcelo Rocha Paura, Thiago Buschinelli Sorrentino, Honorio Albuquerque de Brito (Presidente).

**Nome do relator:**THIAGO BUSCHINELLI SORRENTINO

No caso em exame, entendo que o documento juntado com o recurso voluntário, especialmente o de fls. 61, tem por objetivo esclarecer a dúvida inaugurada pelo órgão julgador de origem, e, portanto, deve ser levado em consideração no julgamento dos pedidos formulados.

Nos termos da legislação de regência, a dedutibilidade dos valores destinados ao custeio de plano de saúde complementar no cálculo do IRPF devido pressupõe o atendimento de dois requisitos básicos:

- a) Os serviços de saúde devem ter por beneficiário o sujeito passivo ou respectivo dependente, para fins tributários; e
- b) O sujeito passivo ou sua entidade conjugal deve ter arcado com o ônus financeiro dessa despesa.

Nesse sentido, confira-se o art. 80, *caput*, e § 1º, I, II e IV do Decreto 3.000/1999:

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, de 1995, art. 8º, inciso II, alínea "a").

§ 1º O disposto neste artigo (Lei nº 9.250, de 1995, art. 8º, § 2º):

I - aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza;

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

[...]

**IV - não se aplica às despesas ressarcidas por entidade de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro (grifei);**

Na hipótese de um terceiro ter contratado o plano de saúde complementar em favor do sujeito passivo, como beneficiário, abre-se os seguintes universos possíveis:

- a) O contratante antecipa o pagamento à operadora, e posteriormente o ressarcimento ocorre mediante transferência de recursos monetários (entrega de dinheiro em espécie, transferência bancária etc);
- b) O contratante antecipa o pagamento à operadora, e posteriormente o ressarcimento ocorre pela dedução ou pela retenção de parcela de valor devido ao beneficiário (compensação);
- c) O contratante não antecipa o pagamento, e o beneficiário recolhe diretamente os valores devidos em favor da operadora;
- d) O contratante efetua o pagamento e não exige do beneficiário qualquer ressarcimento.

Os meios probatórios mais adequados para comprovação do ressarcimento, em cada universo possível, são os seguintes:

- a) Comprovante emitido pela instituição financeira, que registre a operação de transferência de valores (comprovante de depósito, comprovante de transferência bancária ou interbancária, DOC, TED, extratos etc);
- b) Comprovante de pagamento efetuado pela contratante ao sujeito passivo, com o destaque do valor compensado (registro de pagamento de salário, vencimento ou subsídio, holerite, contracheque, folha de pagamento etc);
- c) Comprovante de pagamento efetuado pelo próprio beneficiário (boleto com autenticação bancária, comprovante de débito automático em conta-corrente, declaração da operadora etc).

Para o universo possível *d*, não há direito à dedução (art. 80, §1º, IV do Decreto 3.000/1999).

A declaração emitida pela Forluz (fls. 61) permite identificar os valores pagos ao plano de saúde, nos seguintes termos:

Declaramos a pedido da parte interessada e para os devidos fins que, Fernando de Abreu Braga – CPF 056.263.076-72, contribuiu no ano de 2006 a título de contribuição Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, conforme Resumo Financeiro:

Mês	PSI c/ Dep	Dep esp 0 a 17	Dep esp 18 a 29	Dep esp 29 a 33
Janeiro	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Fevereiro	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Março	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Abril	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Maior	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Junho	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Julho	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Agosto	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Setembro	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Outubro	R\$ 401,22	R\$ 60,96	R\$ 240,96	
Novembro	R\$ 401,22	R\$ 59,71	R\$ 157,94	R\$ 81,35
Dezembro	R\$ 422,96	R\$ 62,95	R\$ 166,50	R\$ 85,75
13º Abono	R\$ 412,09	R\$ 61,33	R\$ 162,22	R\$ 83,55
Total	R\$ 5.248,47	R\$ 793,59	R\$ 2.896,26	R\$ 250,65

Ante o exposto, CONHEÇO do recurso voluntário e DOU-LHE PROVIMENTO, para restabelecer a dedução a título de despesa com seguro-saúde, no valor de R\$ 5.248,47.

É como voto.

*Assinado Digitalmente*

**Thiago Buschinelli Sorrentino**