



Ministério da Economia
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



Processo nº 18050.008912/2008-65
Recurso Voluntário
Acórdão nº 2001-005.531 – 2ª Seção de Julgamento / 1ª Turma Extraordinária
Sessão de 21 de dezembro de 2022
Recorrente RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS FONTES
Interessado FAZENDA NACIONAL

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

Exercício: 2007

EMENTA

DEDUÇÃO. DESPESA COM SAÚDE. PLANO DE SAÚDE COMPLEMENTAR. NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DO PLANO DE ALOCAÇÃO DO PRÊMIO EM FUNÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS.

Para reconhecimento do direito à dedução de valores pagos a título de custeio de plano de saúde complementar, faz-se necessária a apresentação do respectivo plano de alocação do prêmio em função dos beneficiários.

DEDUÇÃO. CUSTEIO DIRETO DE PLANO DE SAÚDE COMPLEMENTAR VICÁRIO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA. ALIMENTOS *IN NATURA*. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOS CONTORNOS DA OBRIGAÇÃO (VALOR).

Para que fosse possível tomar o custeio direto de plano de saúde em benefício de alimentada, como substitutivo do pagamento de valores a título de pensão alimentícia, seria necessário comprovar a existência da obrigação alimentar e de suas características, como o valor, de modo a evitar a sobreposição desse benefício com eventual pensão paga.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, em negar provimento ao Recurso Voluntário.

(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).

Relatório

Por bem retratar os fatos ocorridos desde a constituição do crédito tributário por meio do lançamento até sua impugnação, adoto e reproduzo o relatório da decisão ora recorrida:

Ao contribuinte foi notificado o lançamento relativo ao imposto sobre a renda, exercício 2007, ano-calendário 2006 (fls.5 a 7), por meio do qual formalizou-se a exigência de imposto suplementar, no valor de R\$2.740,72, acrescido de multa de ofício e juros de mora, calculados até outubro de 2008, totalizando um crédito tributário, até a data da notificação, de R\$5.256,97.

O lançamento foi motivado por dedução indevida de despesas médicas, no valor de R\$26.829,00, declaradas como pagas à BrasiSaúde Companhia de Seguros, por falta de comprovação do efetivo pagamento.

O contribuinte contesta o lançamento, argumentando preliminarmente que é portador de moléstia grave que lhe confere o direito à isenção do imposto de renda, requerendo por isso o benefício legal e a respectiva restituição do imposto pago desde o ano em que firmado o diagnóstico da neoplasia maligna, 2005. No mérito, afirma que efetivamente repassara à empresa SVC Construções Ltda o valor correspondente ao seguro saúde próprio, do ex-cônjuge e da filha, esses últimos legitimados pelo acordo judicial, com feições de pensão alimentícia, pelo que tem assegurado o direito à dedução como despesas médicas. Acresce que desde 1991 reiteradamente tem declarado tais despesas, situação que já é consolidada e aceita pelo fisco. Junta os documentos de fls.12 a 36 e requer a improcedência da ação fiscal (fls.1 a 4).

A impugnação atende aos requisitos de admissibilidade previstos no Decreto nº 70.235, de 1972 e alterações posteriores, e dela toma-se conhecimento.

De pronto, cabe enfatizar que a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (CTN), estabelece em seu art. 111, inciso II, que se interpreta literalmente a legislação tributária que disponha sobre outorga de isenção.

A isenção por moléstia grave é disciplinada no art. 6º, inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, alterado pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, que estabelece:

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma; (Redação dada pela Lei nº 11.052, de 2004)

O Regulamento do Imposto de Renda (Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999, art. 39, §§ 4º e 5º) dispõe ainda que:

§ 4º Para o reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XXXI e XXXIII, a partir de 1º de janeiro de 1996, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle (Lei nº 9.250, de 1995, art. 30 e § 1º).

§ 5º As isenções a que se referem os incisos XXXI e XXXIII aplicam-se aos rendimentos recebidos a partir:

I - do mês da concessão da aposentadoria, reforma ou pensão;

II - do mês da emissão do laudo ou parecer que reconhecer a moléstia, se esta for contraída após a aposentadoria, reforma ou pensão;

III - da data em que a doença foi contraída, quando identificada no laudo pericial. (grifou-se)

Observe-se que a lei exige o preenchimento cumulativo dos dois requisitos para conceder a isenção do imposto de renda por moléstia grave: 1) que a natureza dos rendimentos seja de proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, e 2) que o beneficiário de tais rendimentos seja portador de moléstia nela especificada, comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O interessado não apresenta documentos compatíveis com essa exigência. Em relação à natureza dos rendimentos, não demonstra tê-los recebido como proventos de aposentadoria, por exemplo. Ao contrário, os documentos que apresenta informam que em 2005 o profissional que o acompanhava à época requereu afastamento de 60 dias (fl.16); que em 2007 lhe fora feita recomendação médica de afastamento permanente (fl.21), bem como afirmado que não teria condições de exercer a sua atividade laborativa (fl.24); e em 2008, nova recomendação de afastamento permanente de qualquer atividade laboral (fl.26). Esse fato é sugestivo de que, pelo menos até 2008, o contribuinte ainda não teria se aposentado.

Em relação à moléstia grave, os atestados de profissionais que o acompanharam não são suficientes à comprovação, porque se constituem em documentos particulares. O laudo médico pericial à fl.23 limita-se a informar as seqüelas da doença, mas a obrigatória interpretação literal da lei não permite que se faça qualquer inferência. Pelo contrário, impõe que nele esteja evidenciada expressamente a denominação da moléstia grave contida na lei, bem como a data de início do diagnóstico, o que não ocorre nesse documento. E os atestados médicos de fls.24/25 também não podem ser considerados laudos periciais oficiais porque neles não consta que o subscritor estivesse no exercício de cargo que o autorizasse a se manifestar em caráter oficial em nome da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. No caso específico não há qualquer indicação do cargo ou delegação de competência que autorize o profissional emitente a representar em caráter oficial o Centro de Pesquisas Oncológicas – Cepon. Sem esses elementos, não há como distingui-los de um atestado particular, emitido em um papel timbrado, disponível a qualquer profissional médico que preste serviços à instituição que nele consta, mas que não a represente oficialmente. Também esses não determinam o início da doença.

Por falta de comprovação do direito, afasta-se, pois, a preliminar de isenção do imposto por moléstia grave.

No mérito, o impugnante ratifica o seu direito à dedução das despesas médicas porque efetivamente pagas à empresa SVC Construções Ltda, como pretende demonstrar com os documentos de fls.13/14. E que o fizera em relação a si próprio, ao ex-cônjuge e à sua filha, essas últimas com feições da pensão alimentícia acordada judicialmente. Mas no que junta aos autos a esse respeito – apenas a petição inicial (fls.27 a 29) - é submetido a juízo tão somente o pagamento de pensão alimentícia para a filha, com expressa dispensa dessa pensão para o cônjuge, que declara possuir rendas próprias necessárias à subsistência. Além disso, não poderia deduzir qualquer despesa relacionada ao ex-cônjuge porque corretamente não declarada como sua dependente no ajuste anual. Os demais documentos do poder judiciário que junta às fls.30 a 36 referem-se apenas a alterações de nomes.

O documento de fl.13 é insuficiente à comprovação das despesas médicas declaradas porque desacompanhado de provas da efetiva realização dos pagamentos. Nele a SVC Construções Ltda comunica que o contribuinte faz parte do seu plano de saúde e que teria desembolsado o valor de R\$26.829,00 no ano de 2006. Entretanto, não basta a mera declaração da pessoa jurídica de que o tenha feito. Primeiro porque nem nos autos

nem na declaração de ajuste anual o contribuinte demonstrara qualquer vínculo com a SVC Construções Ltda, que intermediou o seu plano de saúde com a rede Sul América. E segundo porque consta do banco de dados da Receita Federal que o seu ex-cônjuge figura como sócio-administrador dessa empresa. Tais fatos obrigam a apresentação de prova complementar de que o contribuinte tenha efetivamente arcado com o ônus dos pagamentos que afirma repassados à pessoa jurídica mediadora do plano de saúde. Não o tendo feito, como já apontado no lançamento, permanece indevida a dedução dessa despesa no ajuste anual.

Quanto à referência de que tais despesas têm sido reiteradamente declaradas e por isso já consolidadas e aceitas pelo fisco, não procede tal afirmação. O processamento das declarações não gera qualquer direito ao declarante, razão porque é orientado quando da elaboração a manter consigo pelo prazo de cinco anos toda a documentação comprobatória das informações prestadas. Esse é o prazo que a Fazenda Pública dispõe para revisão das declarações e constituição do crédito tributário dela decorrente, se aplicável, conforme estabelecido no Código Tributário Nacional.

Por essas razões, voto pela improcedência da impugnação, mantendo o crédito tributário exigido, com os acréscimos legais pertinentes.

A decisão de primeira instância manteve | manteve parcialmente o lançamento do crédito tributário exigido, encontrando-se assim ementada:

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

Exercício: 2007

DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL. DESPESAS MÉDICAS. FALTA DE COMPROVAÇÃO.

Mantém-se indevida a dedução de despesas médicas efetuada na declaração de ajuste anual quando não comprovado o efetivo pagamento das despesas declaradas.

Cientificado da decisão de primeira instância em 24/11/2011, o sujeito passivo interpôs, em 02/01/2012, Recurso Voluntário, alegando a improcedência | improcedência parcial da decisão recorrida, sustentando, em apertada síntese, que:

- a) as despesas médicas com plano de saúde por beneficiário estão comprovadas nos autos;
- b) as despesas médicas com plano de saúde foram efetivamente pagas, conforme documentos juntados aos autos.

É o relatório.

Voto

Conselheiro(a) Thiago Buschinelli Sorrentino - Relator(a)

O Recurso Voluntário é tempestivo e atende aos demais requisitos de admissibilidade, motivo pelo qual dele conheço.

Inicialmente, é importante ressaltar que toda a discussão sobre eventual isenção dos proventos do recorrente, em razão do suposto acometimento por doença grave, é irrelevante, porquanto a autoridade lançadora não constituiu crédito tributário decorrente de omissão de rendimento ou provento.

Passa-se ao exame de mérito.

A questão de fundo devolvida ao conhecimento deste Colegiado consiste em decidir-se se a declaração emitida pela contratante de plano de saúde complementar contratado em benefício do sujeito passivo é suficiente para comprovar a efetiva assunção do ônus financeiro por esse beneficiário.

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).

No caso em exame, o órgão de origem rejeitou as declarações emitidas pela contratante, por entendê-las insuficientes.

A autoridade lançadora rejeitou a dedução decorrente do custeio de plano de saúde complementar, gerido por Brasilsaúde Companhia de Seguros, por falta de comprovação do efetivo pagamento (fls. 09).

Por seu turno, o órgão julgador de origem manteve a glosa, na medida em que a declaração de pagamento do plano de saúde foi elaborada pela pessoa jurídica que contratou a prestação, e não pela própria operadora ou gestora do plano. Ademais, parte dos valores destinaram-se ao custeio do plano de saúde em favor da respectiva filha e da ex-cônjuge, a título de alimentos *in natura*.

De fato, o fundamento adotado pelo órgão de origem eleva o padrão probatório, na hipótese de a beneficiária do plano de saúde complementar ser sócia da contratante, provavelmente por entender que a proximidade entre as partes, bem como o poder de gestão, poderiam influenciar eventual perdão da dívida ou a postergação indefinida do respectivo adimplemento.

Não há nos autos cópia dos instrumentos de constituição da contratante,

Diante da falta desse suporte, não se pode concluir que o sujeito passivo era administrador da contratante e, portanto, não se pode presumir que tivesse capacidade jurídica de influenciar a política da pessoa jurídica na cobrança de créditos oponíveis a seus empregados ou contratados.

Como a premissa da aplicação do padrão probatório mais rigoroso não se confirma nos autos, não é possível justificar a desconsideração dos documentos emitidos pela contratante, sem a indicação de motivação específica, como eventual e suposta infidelidade material ou formal desses documentos.

Porém, a motivação do lançamento, nem o acórdão-recorrido, não fazem uso de fundamentação específica sobre a fidedignidade dos recibos, a não ser na elipse indicada, que tem por premissa descrição fática não comprovada (circunstância de o sujeito passivo ser “sócio” da contratante).

Afastada a premissa que motivaria a exigibilidade de registros emitidos por instituições financeiras para comprovação da sujeição ao efetivo ônus do custeio do plano de saúde complementar, e ausente motivação específica para ter por infiéis os recibos emitidos pela contratante, a glosa deve ser desconstituída, e a dedução deve ser restaurada.

Contudo, para que fosse possível reverter completamente as conclusões a que chegou o órgão julgador de origem, seria necessário ter acesso ao plano de alocação dos prêmios, em função dos beneficiários, e a demonstração de que não houve sobreposição entre o pagamento de pensão alimentícia e a prestação *in natura* pelo custeio do plano de saúde, a caracterizar doação.

Ante o exposto, CONHEÇO do recurso voluntário e NEGO-LHE PROVIMENTO.

É como voto.

(documento assinado digitalmente)

Thiago Buschinelli Sorrentino