



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



PROCESSO	10073.720739/2011-01
RESOLUÇÃO	3003-000.465 – 3ª SEÇÃO/3ª TURMA EXTRAORDINÁRIA
SESSÃO DE	21 de janeiro de 2026
RECURSO	VOLUNTÁRIO
RECORRENTE	UNIMED RESENDE RJ COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
INTERESSADO	FAZENDA NACIONAL

Assunto: Conversão do Julgamento em Diligência

RESOLUÇÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Resolvem os membros do colegiado, por unanimidade de votos, CONVERTER O JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA, nos termos do art. 18 do Decreto nº 70.235/1972 e dos arts. 35 a 37 e 63 do Decreto nº 7.574/2011, para que a Unidade de Origem adote as seguintes providências:

1. analisar a conta de despesas com “indenizações por eventos ocorridos”, indicada pela contribuinte a título de “PAC/PAAS” (registrada na conta 443899), especificamente, as informações trazidas nas planilhas apresentadas às fls. 394/425(Doc. 06 da Impugnação), considerando a interpretação introduzida pelos §§ 9ºA e 9ºB do art. 3º da Lei nº 9.718/98;
2. verificar se eventual direito da recorrente à dedução pleiteada, seriam de fato “indenizações por eventos ocorridos”, como alegado nas razões de defesa apresentadas e que, em caso positivo, se estariam ou não incluídos nas exclusões já admitidas, constantes no Demonstrativo de Apuração das Contribuições elaborado pela fiscalização às fls. 192/196;
3. em demonstrativo detalhado, segregue do lançamento as parcelas que se façam necessárias em face da interpretação introduzida pelo §§ 9º-A e 9ºB do art. 3º da Lei nº 9.718/98, bem como da declaração de inconstitucionalidade do §1º do art. 3º da Lei nº 9.718/98;
4. elaborar Relatório Conclusivo acerca da apuração das informações solicitadas nos itens acima, especificando, se for o caso, as exonerações do lançamento que se fariam necessárias em face dos entendimentos acima; e,

Encerrada a instrução processual a contribuinte deverá ser intimada para manifestar-se no prazo de 30 (trinta) dias, conforme art. 35, parágrafo único, do Decreto nº 7.574/2011.

Concluída a diligência, os autos deverão retornar a este Colegiado para que se dê prosseguimento ao julgamento.

Assinado Digitalmente

Denise Madalena Green – Relator

Assinado Digitalmente

Regis Xavier Holanda – Presidente

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Vinicius Guimaraes, Alexandre Freitas Costa, Denise Madalena Green, Regis Xavier Holanda (Presidente).

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Voluntário interposto em face do **Acórdão nº 14-87.998, de 13/09/2018**, proferido pela 11ª Turma da DRJ em Ribeirão Preto/SP, que por unanimidade de votos, julgou improcedente a Impugnação apresentada, para manter o crédito tributário trazido a litígio.

Por bem descrever e retratar a realidade dos fatos, adoto o relatório da decisão recorrida:

Do Auto de Infração

Trata o presente processo de Autos de Infração à legislação da Contribuição ao Programa de Integração Social (PIS, fls. 205) e da Contribuição ao Financiamento da Seguridade Social (COFINS, fls. 216), constituindo crédito tributário nos valores, respectivamente, de R\$ 75.214,71 e R\$ 347.247,25, totalizando R\$ 422.461,96, aí incluídos valores principais, multa de ofício de 75% e juros de mora.

As irregularidades constatadas ensejaram imputação de falta/insuficiência de recolhimento das contribuições em períodos mensais compreendidos entre julho de 2006 e dezembro de 2008 e foram consubstanciadas no Termo de Verificação Fiscal de fls. 197/204, no qual a fiscalização inicia descrevendo a atividade da contribuinte (cooperativa – planos de saúde), a origem e escopo do procedimento fiscal, a legislação aplicável e as exclusões/deduções previstas, o procedimento de

fiscalização (auditoria), intimações formalizadas à contribuinte e a forma de atendimento, destacando-se os excertos seguintes:

...

Do exame das planilhas de apuração de PIS e COFINS apresentadas pelo contribuinte, verificamos que a base de cálculo discriminada mensalmente estava em desacordo com os valores constantes nos balancetes mensais. O erro mais comum, quase que uma regra, era a utilização de valores do mês anterior no cálculo de uma determinada base de cálculo mensal de PIS/COFINS. Por exemplo, na base de cálculo referente ao mês de abril/2007, encontramos os seguintes valores:

Conta	R/D	Valor
3000	R	2.229.153,08 +
40010	D	389.001,86 -
40369	D	264.790,52 -
40386	D	739.357,42 -
Base de Cálculo		836.003,28 =

Todos os valores foram extraídos do balancete mensal de março/2007, embora a base de cálculo seja de abril/2007.

....

Dessa forma, em 14/01/2011, através do Termo de Intimação Fiscal – 02, intimamos o contribuinte a apresentar, entre outros itens, tendo em vista a reconstituição da base de cálculo do PIS e da COFINS, de acordo com a legislação tributária vigente no período fiscalizado, demonstrativo mensal especificando os seguintes eventos ocorridos no período compreendido entre julho de 2006 a dezembro de 2008, os quais poderão ser excluídos/deduzidos da receita bruta:

- a) reversões de provisões operacionais e recuperações de créditos baixados como perda, que não representem ingressos de novas receitas;
- b) receitas decorrentes da venda de bens do ativo permanente;
- c) valores glosados em faturas emitidas contra planos de saúde;
- d) valores correspondentes às co-responsabilidades cedidas;
- e) valores correspondentes às contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas;
- f) valores relativos às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades;
- g) sobras apuradas na Demonstração do Resultado do Exercício, destinadas à constituição do Fundo de Reserva e do Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES).

...

Em virtude da insistência em não apresentar a base de cálculo conforme determina a legislação, resolvemos entregar ao contribuinte uma planilha reproduzindo a base de cálculo legal, onde ele deveria preencher os campos com os valores constantes do balancete mensal.

...

A partir do exame dos balancetes contábeis, e também com o auxílio das informações contidas no livro razão, em meio digital, foi possível conferir o total das receitas auferidas, bem como as exclusões e deduções informadas pelo contribuinte, referentes ao período compreendido entre julho de 2006 a dezembro de 2008.

A análise das bases de cálculo mostrou que, dentre as exclusões/deduções realizadas pelo contribuinte, a dedução dos valores a título de PAC/PAAS, classificador 443899 cuja natureza seria a constituição de provisões chamadas de “Programa de Amparo a Autos Sinistros” e “Programa de Alto Custo”, não encontra amparo legal para ser levada a efeito. Como visto anteriormente, as únicas provisões passíveis de dedução seriam as provisões técnicas. A definição de provisões técnicas encontra-se na Resolução ANS nº 209/2009, que em seu Art. 9º assim determina:

“Art. 9º As OPS deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes Provisões Técnicas:

I - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, para garantia de eventos/sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos;

II - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados - PEONA, estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela OPS;

III - Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização; e

IV - outras Provisões Técnicas necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões - NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

Parágrafo único. Para fins desta norma, consideram-se cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde aquelas que prevêm a manutenção de cobertura de assistência à saúde, com dispensa de pagamento da contraprestação/prêmio, no caso de ocorrência de um fato futuro e incerto previsto contratualmente”.

*Para que uma provisão seja dedutível, é necessária a expressa previsão legal, o que não ocorre com a PAC/PAAS, pois ela não está elencada entre as provisões técnicas da Portaria Normativa ANS. Por este motivo, **glosamos os valores referentes a PAC/PAAS da base de cálculo do contribuinte no período de julho/2006 a dezembro/2008, chegando a novos valores de PIS/COFINS para o período.** Este cálculo encontra-se nas planilhas “Base de Cálculo PIS/COFINS Jul/2006 a Dez/2008”. As diferenças mensais a maior foram objeto do Auto de Infração de PIS/COFINS, do qual este Termo de Verificação é parte integrante.*

Os valores lançados de PIS/COFINS no período sob fiscalização encontram-se resumidos nos quadros abaixo:

	PIS Faturamento Apurado (0,65%)	PIS Faturamento DCTF	A Lançar:	COFINS Apurado (3%)	COFINS DCTF	A Lançar:
jul/06	3.855,90	1.529,25	2.326,65	17.796,47	7.058,09	10.738,38
ago/06	3.382,35	3.867,05	-	15.610,87	17.847,92	-
set/06	3.792,48	4.651,95	-	17.503,78	21.470,54	-
out/06	4.663,39	4.445,13	218,26	21.523,38	20.516,00	1.007,38
nov/06	4.512,94	193,18	4.319,76	20.828,98	891,19	19.937,79
dez/06	2.839,13	3.999,44	-	13.103,72	18.458,93	-

	PIS Faturamento Apurado (0,65%)	PIS Faturamento DCTF	A Lançar:	COFINS Apurado (3%)	COFINS DCTF	A Lançar:
jan/07	4.984,67	4.731,22	253,45	23.006,18	21.836,40	1.169,78
fev/07	5.701,00	5.669,13	31,87	26.312,30	26.119,06	193,24
mar/07	5.701,00	7.890,89	-	26.312,30	36.419,50	-
abr/07	3.218,29	5.434,02	-	14.853,69	25.080,10	-
mai/07	4.762,61	5.419,38	-	21.981,28	25.012,54	-

jun/07	3.468,80	3.159,22	309,58	16.009,88	14.580,98	1.428,90
jul/07	5.553,89	4.418,85	1.135,04	25.633,34	20.395,14	5.238,20
ago/07	6.380,09	6.248,42	131,67	29.446,61	28.838,87	607,74
set/07	5.615,30	5.904,49	-	25.916,79	27.251,48	-
out/07	5.600,59	4.777,42	823,17	25.848,88	22.049,64	3.799,24
nov/07	4.928,70	2.734,13	2.194,57	22.747,86	12.619,08	10.128,78
dez/07	3.878,50	5.960,59	-	17.900,77	27.510,42	-

	PIS Faturamento Apurado (0,65%)	PIS Faturamento DCTF	A Lançar:	COFINS Apurado (3%)	COFINS DCTF	A Lançar:
jan/08	4.818,75	3.803,24	1.015,51	22.240,42	17.553,43	4.686,99
fev/08	5.297,90	5.114,49	183,41	24.451,86	23.605,36	846,50
mar/08	6.023,22	3.793,64	2.229,58	27.799,47	17.509,10	10.290,37
abr/08	7.407,87	5.229,76	2.178,11	34.190,20	24.137,31	10.052,89
mai/08	8.182,45	6.646,22	1.536,23	37.765,15	30.674,84	7.090,31
jun/08	6.376,29	4.779,99	1.596,30	29.429,06	22.061,50	7.367,56
jul/08	6.925,31	4.944,53	1.980,78	31.962,98	22.820,89	9.142,09
ago/08	8.494,16	4.434,79	4.059,37	39.203,84	20.468,24	18.735,60
set/08	6.096,02	5.544,26	551,76	28.135,50	25.588,88	2.546,62
out/08	8.268,76	5.909,09	2.359,67	38.163,52	27.272,71	10.890,81
nov/08	11.928,84	5.130,77	6.798,07	55.056,21	23.680,48	31.375,73
dez/08	7.334,01	7.286,33	47,68	33.849,27	33.629,21	220,06

Em consequência, foi efetuado *lançamento de ofício PIS COFINS – período 07/2006 a 12/2008, devido à glosa dos valores referentes a PAC/PAAS da base de cálculo do contribuinte. Este cálculo encontra-se nas planilhas “Base de Cálculo PIS/COFINS Jul/2006 a Dez/2008”*.

De fls. 192/196 constam as citadas planilhas de apuração.

Da Impugnação

Dada ciência dos Autos de Infração em 30/06/2011 foi apresentada impugnação de fls. 234/252, em 29/07/2011 (conforme informação de fls. 451), com as razões de defesa a seguir sintetizadas.

A interessada registra a tempestividade de sua defesa, expõe os fatos sob sua ótica e passa a demonstrar sua discordância com o lançamento, alegando, no tópico III, que os valores relativos ao PAC e ao PAAS configuram indenizações por eventos ocorridos, e não provisões técnicas.

Assevera, em síntese, que:

- O PAAS, Programa de Amparo a Altos Sinistros é um Programa de que participam diversas cooperativas do Grupo UNIMED, e que consiste em uma espécie de fundo cujos recursos advêm de pagamentos das cooperativas UNIMED participantes, de acordo com as regras específicas definidas em seu regulamento (DOC. 3);

[...]

- as cooperativas UNIMED, caso desejem participar do Programa, passam a efetuar depósitos periódicos na conta do PAAS, e em contrapartida passam a contar com a garantia de custeio de gastos elevados associados à internação hospitalar de seus beneficiários; - o PAAS configura uma forma de auxílio mútuo das cooperativas UNIMED, de modo a preservá-las de eventuais impactos financeiros elevados associados às necessidades de seus clientes;

[...]

- há duas alternativas quanto aos valores recebidos: (a) ou os dispêndios do PAAS correspondentes aos beneficiários de cada cooperativa correspondem a valor inferior ao somatório das contribuições já feitas por ela; (b) ou as contribuições seguintes, na medida em que calculadas com base nos eventos ocorridos e indenizados, serão destinadas a completar a diferença entre as contribuições feitas e as indenizações com que o PASS arcou; - os pagamentos a título de PAAS não se destinam a uma provisão técnica – como suposto pela fiscalização, e utilizado como argumento para a suposta falta de autorização legal para a dedução de tais valores da base de cálculo do PIS e da COFINS – mas ao custeio de indenizações por eventos ocorridos, cuja dedução da base de cálculo é autorizada pelo art. 3º, § 9º, da Lei 9.718/98;

[...]

- a própria fiscalização reconheceu a possibilidade de dedução de indenizações com eventos ocorridos da base de cálculo do PIS e da COFINS, como demonstra a planilha preenchida pela Impugnante em resposta à intimação fiscal (Doc. 04); - a glosa das deduções relativas ao PAAS e ao PAC decorreram, portanto, de equívoco da fiscalização quanto à natureza desses valores, os quais, como afirmado, referem-se a indenizações por eventos ocorridos, e não à constituição de provisão técnica; - o PAC, Programa de Alto Custo, assemelha-

se bastante à lógica do PAAS, diferenciando-se apenas pelo fato de se referir a serviços médicos especializados em cardiologia de alta complexidade e custo, em vez das internações hospitalares, alcançadas pelo PAAS;

- uma vez ocorrido com o beneficiário de determinada cooperativa UNIMED, um evento abrangido pela cobertura contratual e que preencha os requisitos de previstos no Regulamento do PAC (Doc. 05), o fundo providenciará a indenização do referido evento;

[...]

- para que não restem dúvidas de que os valores de PAAS/PAC se referem a eventos ocorridos, basta verificar as planilhas anexas (cf. Doc. 6) que demonstram os gastos médicos do PAAS/PAC com cada cliente da Unimed Resende. Veja-se também no “Doc 4” que tais valores são deduzidos da base de cálculo do PIS e da COFINS a título de evento e não a título de provisão;

- se a fiscalização autorizou a dedução das indenizações por eventos ocorridos efetuadas diretamente pela Impugnante, pautando-se corretamente na legislação aplicável, não há razão para que os pagamentos relativos ao PAC e ao PAAS também não sejam deduzidos da base de cálculo visto que possuem estritamente a mesma natureza daqueles.

No tópico IV, sob o título “valores relativos a Intercâmbio não constituem receitas”, expõe que:

- na autuação, a fiscalização incluiu a totalidade dos ingressos na contabilidade da Impugnante, independentemente de sua natureza, razão pela qual considerou tributáveis as significativas quantias recebidas pela Impugnante a título de intercâmbio estabelecido em convênio do sistema Unimed;

- nas planilhas enviadas pela fiscalização e preenchidas pelo contribuinte, os recebimentos de intercâmbio se encontram somados às receitas, para fins de determinação da base de cálculo do PIS e da COFINS (Doc. 04), mas, apesar de ingressarem na contabilidade da Impugnante, tais valores não correspondem a efetivas receitas, razão pela qual não se submetem à materialidade da incidência.

[...]

Discorre acerca do intercâmbio para esclarecer que:

- quando um usuário de outra cooperativa Unimed tem a necessidade de ser atendido na localidade da Impugnante, esta arca com os custos do tratamento e, posteriormente, é ressarcida pela UNIMED que detém o contrato com o usuário, conforme previsto no “Manual de Intercâmbio UNIMED” (Doc. 07). O mesmo acontece quando um usuário da Impugnante necessita de atendimento coberto por outra cooperativa;

[...]

- o valor recebido pela Impugnante de outra cooperativa Unimed a título de intercâmbio não é preço de um serviço seu, mas a restituição, por outra cooperativa UNIMED, que efetivamente recebeu o preço através das mensalidades, do custo incorrido pela Impugnante em assegurar a obrigação contratual da outra cooperativa.

Reporta-se à IN RFB nº 971/09 expondo que, embora referente a não incidência da contribuição previdenciária, deve, tal ato normativo, ser interpretado analogicamente e aplicado ao PIS e à COFINS.

Conclui que grande parcela da base de cálculo apurada pela fiscalização sequer constitui receita, devendo ser cancelado o auto de infração.

No tópico V da peça de Impugnação, a Interessada expõe estar submetida à sistemática da Lei nº 9.718/98, reporta-se a inconstitucionalidade de seu art. 3º, § 1º, reconhecida pelo STF e defende que quaisquer *receitas não-operacionais, como as receitas financeiras, ou os demais valores que não decorram da venda de bens ou da prestação de serviços, de nenhuma forma podem ser incluídos na base de cálculo do PIS e da COFINS, com relação às sociedades sujeitas à Lei nº 9.718/98* – pelo que recebimentos a título de intercâmbio não poderiam ser tributados, devendo ser cancelado o Auto de Infração.

No tópico VI questiona a *ausência de demonstrativo de cálculo e limitação indevida das deduções cabíveis dos valores cobrados, alegando que a fiscalização simplesmente compara os valores por ela alcançados com os indicados pelo contribuinte, sem indicar, em nenhum momento, como chegou aos valores apurados.*

Aponta que a apuração do contribuinte alcançou valor a recolher superior àquele encontrado na autuação em alguns meses, tendo a fiscalização se omitido quanto a esse aspecto.

Cita ementa de acórdão do Conselho de Contribuinte, atual CARF.

Acrescenta que, no Termo de Verificação, a própria fiscalização relaciona deduções da base de cálculo autorizadas pela legislação, mas que da planilha solicitada à contribuinte não constam todas as deduções.

Conclui resumindo seus argumentos como segue:

além de equivocadamente exigir o PIS e a COFINS sobre ingressos de valores a título de intercâmbio, glosar os pagamentos relativos a PAC e PAAS (que se referem a indenização de eventos ocorridos, e não provisão técnica como cogitado), a fiscalização ainda incorreu em outros vícios graves e insanáveis, ao deixar de demonstrar os cálculos realizados para a obtenção dos valores cobrados a título do imposto e contribuição social, ao se omitir quanto aos períodos em que os valores apurados e recolhidos pela Impugnante foram superiores aos identificados pela fiscalização e ao deixar de realizar todas as deduções autorizadas da base de cálculo do PIS e da COFINS.

Por fim, formula pedido de decretação de nulidade/improcedência do auto de infração e protesta por *quaisquer meios de prova admitidos, em especial a perícia contábil*, apresentando o seguinte quesito:

A partir da análise do Auto de Infração e das demonstrações financeiras da Impugnante, pode-se afirmar que os ingressos a título de intercâmbio foram incluídos pela fiscalização na base de cálculo do PIS e da COFINS?

Instruindo a Impugnação encontram-se cópias dos seguintes documentos:

- documento de identificação pessoal, procuração, Estatuto Social da Interessada, Termo de Verificação Fiscal e Autos de Infração (fls.252/324);
- Regulamento do Programa de Amparo a Altos Sinistros (PAAS) (fls.325/340), - Planilhas de base de Cálculo de PIS e COFINS (fls. 342/370);
- PAC – Unimed do Estado do Rio de Janeiro (fls. 372/394)
- Correspondências informativas acerca de valores da utilização de PAC (fls. 394/425);
- Manual Unimed Intercâmbio (fls. 426/440);
- Demonstrativos de apuração não preenchidos (fls. 442/445)

Da decisão de primeira instância

Analisando as razões de defesa, a 11ª Turma da DRJ em Ribeirão Preto/SP, julgou improcedente a Impugnação apresentada, sob os seguintes fundamentos principais:

- A partir de novembro de 1999, a base cálculo das contribuições de PIS/COFINS passou a ser a receita bruta proveniente de atos cooperativos e não cooperativos, sendo permitidas somente as exclusões e deduções previstas em lei.

- A menção ao julgamento pelo STF acerca da inconstitucionalidade do alargamento da Base de Cálculo das contribuições contida no § 1º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, não é hábil a afastar a exigência,

- Afastadas as objeções acerca de “intercâmbio” indicadas pela contribuinte, foram admitidas integralmente pela fiscalização, não sendo objeto de questionamento e nem de glosa na autuação.

- Indevida as deduções a título de “PAC/PAAS”, que ensejou a exigência, tendo em vista que as exclusões da base de cálculo estão previstas no § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, a qual com as alterações introduzidas pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001, disciplinou a sistemática de apuração cumulativa do PIS/Pasep e da Cofins, para as operadoras de planos de assistência à saúde.

- As informações de valores referentes a PAC apresentadas às fls. 394/425 não são passíveis de serem associadas aos valores glosados, inexistindo elementos que permitam afirmar que os valores excluídos seriam de indenizações por eventos como alegado e que, em caso positivo, se estariam ou não incluídos nas exclusões já admitidas, ou se, por exemplo, corresponderiam a prêmios pagos (despesas, como denotam as razões de defesa apresentadas).

A DRJ assim ementou a sua decisão:

ASSUNTO: PROCESSO ADMINISTRATIVO FISCAL

Período de apuração: 01/01/2008 a 31/12/2009

DILIGÊNCIA. PERÍCIA.

Indefere-se o pedido de diligência/perícia quando se trata de matéria passível de prova documental a ser apresentada no momento da impugnação, bem como quando presentes elementos suficientes para a formação da convicção da autoridade julgadora.

DEMONSTRATIVOS DE APURAÇÃO. DELIMITAÇÃO DO LITÍGIO.

Sendo a exigência decorrente apenas de exclusão considerada indevida e glosada pela fiscalização em função de apuração apresentada pela própria contribuinte, questionamentos da impugnação acerca de outros componentes da base de cálculo apresentados no curso do procedimento e não alterados na autuação, não são hábeis a afastar a exigência, mormente se não acompanhados de elementos da escrituração e documentação de suporte.

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL - COFINS

Período de apuração: 01/01/2008 a 31/12/2009

COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS. INCIDÊNCIA.

Incide a Cofins sobre a receita bruta auferida pela Cooperativa, deduzidas as exclusões admitidas na legislação.

ÔNUS DA PROVA. EXCLUSÃO INDEVIDA.

Compete ao contribuinte comprovar as afirmações que importem redução, exclusão, suspensão ou extinção do crédito tributário.

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

Período de apuração: 01/01/2008 a 31/12/2009

COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS. INCIDÊNCIA.

Incide a contribuição ao PIS sobre a receita bruta auferida pela Cooperativa, deduzidas as exclusões admitidas na legislação em vigência.

ÔNUS DA PROVA. EXCLUSÃO INDEVIDA.

Compete ao contribuinte comprovar as afirmações que importem redução, exclusão, suspensão ou extinção do crédito tributário.

Impugnação Improcedente

Crédito Tributário Mantido

Do Recurso Voluntário

Irresignada, a contribuinte interpôs Recurso Voluntário, o qual, em síntese, ataca as premissas da decisão recorrida e ratifica os argumentos de sua Impugnação, a saber:

- (i) improcedência da glosa realizada pela fiscalização, o que leva à necessidade de reforma do acórdão ora combatido, para que seja autorizada a dedução das despesas com “PAAS/PAC”, na base de cálculo do PIS e da COFINS, por se tratar de despesa com indenizações por eventos ocorridos, cuja dedução da base de cálculo é autorizada pelo art. 3º, § 9º, da Lei 9.718/98;
- (ii) os valores apurados pela Recorrente na conta “Outras Receitas (intercâmbio)” devem ser excluídos da base de cálculo do PIS e da COFINS, por decorrerem de atos cooperativos típicos, praticados entre a Recorrente (cooperativa) e outras Cooperativas Unimed, nos exatos termos do art. 79, da Lei nº 5.764/71, e conforme reconhecido pelo STJ, quando da análise do REsp nº 1.164.716/MG, submetido à sistemática dos recursos repetitivos;
- (iii) impossibilidade de composição da base de cálculo do PIS e da COFINS com ingressos estranhos ao conceito de faturamento/receita operacional, nos termos do julgado pelo STF, em sede de repercussão geral (RE 585.235/MG).

Por fim, requer:

V. CONCLUSÃO

53. Por todo o exposto, a Recorrente requer seja dado provimento ao presente recurso voluntário para, reformando-se o acórdão recorrido, cancelar o auto de infração que ora se combate, quer porque (i) a fiscalização glosou a exclusão dos valores pagos à título de eventos ocorridos (PAAS/PAC); quer porque, (ii) incluiu como receitas tributáveis valores que (a) correspondente a atos cooperativos típicos ou (b) extrapolam o conceito de receita operacional, violando a jurisprudência vinculante dos Tribunais Superiores.

O processo, então, foi sorteado para esta Conselheira para dar prosseguimento à análise do Recurso Voluntário interposto.

É o relatório.

VOTO

Conselheiro **Denise Madalena Green**, Relator

I – Da admissibilidade do Recurso Voluntário:

Consta dos autos que a recorrente foi intimada na data de 08/10/2018 (fl.486) e protocolou Recurso Voluntário em 26/10/2018 (fl.487) dentro do prazo de 30 (trinta) dias previsto no artigo 33, do Decreto 70.235/72.

Desta forma, é tempestivo o Recurso Voluntário apresentado pela recorrente, porém deve ser conhecido apenas em parte, somente em relação as exclusões relativas às despesas com Programa de Amparo a Altos Sinistros (“PAAS”) e ao Programa de Alto Custo (“PAC”) e a impossibilidade de composição da base de cálculo do PIS e da COFINS com ingressos estranhos ao conceito de faturamento (RE 585.235/MG), uma vez que sua insurgência a respeito dos ingressos relativos às operações de intercâmbio, não foi objeto de glosa, faltando interesse recursal por parte do sujeito passivo nesse ponto. É o que passa a demonstrar.

Conforme relatado acima, a exigência decorre de glosa de exclusões consideradas pela contribuinte na formação da base de cálculo de PIS/COFINS, do período de 07/2006 a 12/2008, identificados como PAC/PAAS (classificação contábil 443899), cuja natureza seria a constituição de provisões chamadas de “Programa de Amparo a Autos Sinistros” e “Programa de Alto Custo”, por falta de amparo legal. Segundo a fiscalização: “Para que uma provisão seja dedutível, é necessária a expressa previsão legal, o que não ocorre com a PAC/PAAS, pois ela não está elencada entre as provisões técnicas da Portaria Normativa ANS” (art.9º da Resolução ANS nº 209/2009).

Nesse ponto, a recorrente se insurge contra o lançamento mediante dois argumentos postos no recurso, a saber:

- I. No tópico “III. OS VALORES RELATIVOS AO PAC E AO PAAS CONFIGURAM GASTOS COM INDENIZAÇÕES POR EVENTOS OCORRIDOS” – defende que a fiscalização ignorou a metodologia adotada pela Recorrente no tocante à apuração do PIS e da COFINS, desconsiderando as exclusões relativas às despesas com Programa de Amparo a Altos Sinistros (“PAAS”) e ao Programa de Alto Custo (“PAC”), sob a alegação de se tratar de meras “provisões” cuja exclusão não estaria expressamente autorizada.
- II. No tópico “IV. A RECEITA OPERACIONAL DA RECORRENTE É A ‘TAXA DE ADMINISTRAÇÃO’” – aduz que a fiscalização considerou a integralidade dos ingressos de recursos na Recorrente como rendimentos tributáveis, para fins da apuração do PIS e da COFINS a recolher, inclusive ingressos relativos às operações de intercâmbio, receitas financeiras e outras receitas não operacionais (atos cooperativos típicos) – os quais reconhecidamente não são considerados receita sujeita ao PIS/COFINS, conforme jurisprudência vinculante dos Tribunais Superiores.

No que se refere aos ingressos relativos às operações de intercâmbio, a DRJ esclarece nesse ponto, que tais deduções foram admitidas integralmente pela fiscalização, não

sendo objeto de questionamento e nem de glosa na autuação; e que o valor da autuação se restringe à exclusão indicada pela contribuinte a título de PAC/PAAS.

Oportuno a transcrição do trecho do voto da DRJ nesse sentido (suprimida a legislação):

Como relatado, a exigência decorre de glosa de exclusões consideradas pela contribuinte na formação da base de cálculo de PIS e COFINS.

Os valores glosados foram identificados na autuação como PAC/PAAS, *classificador 443899 cuja natureza seria a constituição de provisões chamadas de “Programa de Amparo a Autos Sinistros” e “Programa de Alto Custo”.*

A Impugnante discorda da glosa, acerca da qual alega, em síntese, que os valores glosados decorrem de Fundos de que participam diversas cooperativas Unimed da região e que *os pagamentos a título de PAAS não se destinam a uma provisão técnica – como suposto pela fiscalização, e utilizado como argumento para a suposta falta de autorização legal para a dedução de tais valores da base de cálculo do PIS e da COFINS – mas ao custeio de indenizações por eventos ocorridos, cuja dedução da base de cálculo é autorizada pelo art. 3º, § 9º, da Lei 9.718/98.* No mesmo sentido seria o PAC referindo-se a *serviços médicos especializados em cardiologia de alta complexidade e custo.*

Apresenta, também, questionamentos acerca da falta de demonstração da base de cálculo, de exclusões de intercâmbio e da desconsideração de valores pagos a maior.

Quanto a exclusões, pertinente registrar que, após intimações, a contribuinte apresentou, no curso do procedimento (fls. 151/180), demonstrativos da base de cálculo, tendo a fiscalização elaborado os demonstrativos de fls. 192/196, e na Impugnação a Interessada apresenta novamente, às fls. 342/372, os mesmos demonstrativos do curso do procedimento, conforme excertos a seguir reproduzidos:

- demonstrativos da Base de Cálculo apresentados pela contribuinte no curso do procedimento em atendimento a intimações (fls. 151/180) e reprisados na Impugnação (342/370)

Programs starts
SINISTER
PROGRAM M

DOCUMENTO VALIDADO

Cód.Conta	Descrição da Conta - Nível 4	jul/06	ago/06	set/06
	RECEITAS/INGRESSOS			
3.1.1.1	CONTRAP. EMITIDAS ASSIST. MED. HOSPIT.	1.704.070,45	1.652.757,90	1.692.859,89
3.3.1.1	RECEITAS C/OPER. ASSIST. MED. HOSPIT.	- 402.472,15	397.867,25	428.837,73
3.4.4.1	RECEITAS COM TÍTULOS RENDA FIXA PRIVADOS	54.617,25	56.270,42	38.182,52
3.4.2.1	RECEITAS POR RECEBIMENTOS EM ATRASO	10.909,75	12.799,77	15.033,59
3.4.4.1	RECEITAS FINANCEIRAS DIVERSAS	13.804,78	19.132,28	18.734,60
3.5.1.3	OUTROS INVESTIMENTOS	0,00	0,00	0,00
3.6.1.8	OUTRAS RECEITAS NÃO OPERACIONAIS	105,00	25.059,27	40,00
	Total (I)	2.185.979,38	2.163.886,89	2.193.688,33
	EXCLUSÕES/DEDUÇÕES			
	(-) Reversão de Provisões não representem novas receitas			
2.2.1/2.2.3	(-) Eventos Ocorridos Efetivamente Pagos	1.533.300,44	1.606.227,44	1.566.499,22
	(-) Venda de Bens do Ativo Permanente			
	(-) Resultado Positivo da Avaliação de Investimentos			
3.1.1.5	(-) Contraprestações Canceladas	35.111,80	25.550,72	28.811,49
3.1.1.7	(-) Co-responsabilidade Cedidas			
3.1.1.9	(-) Co-responsabilidade Cedidas			
3.1.2.1	(-) Constituição de Provisões Técnicas			
3.1.2	(-) Provisão de Risco	19.394,80	10.080,20	13.546,91
3.3	(-) Glosas Intercâmbio	4.956,38	1.665,89	1.371,28
	(-) Indenizações correspondentes aos Eventos Ocorridos			
	(-) Sobras Apuradas FATES			
	(-) Sobras Apuradas Reserva Legal			
	Total (II)	1.592.763,42	1.643.524,25	1.610.228,90
	BASE DE CÁLCULO - PIS / COFINS (I - II)	593.215,96	520.362,64	583.459,43
PIS	PIS Faturamento Apurado (0,65%)	3.855,90	3.382,35	3.792,48
	PIS Faturamento DCTF	1.529,25	3.867,05	4.651,95
	A Lançar:	2.326,65	-	-
COFINS	COFINS Apurado (3%)	17.796,47	15.610,87	17.503,78
	COFINS DCTF	7.058,09	17.847,92	21.470,54
	A Lançar:	10.738,38	-	-

Da comparação dos demonstrativos da fiscalização com aqueles da contribuinte, vê-se que:

- a fiscalização considerou na autuação as mesmas receitas informadas e admitidas pela contribuinte;

- os redutores de receitas informados pela contribuinte (no caso do mês de julho/2006 os valores de **R\$ 35.111,80**; **R\$ 19.394,80** e **R\$ 4.956,38**), foram contemplados como exclusões pela fiscalização, redundando no mesmo efeito sobre a Base de Cálculo;

- a contribuinte informou duas rubricas a título de dedução:

(i) **EVENTOS PAGOS** (no caso do mês de **julho/2006**, no valor de **R\$ 1.533.300,44**, atribuído a "*Eventos – (valor do débito)/Intercâmbio Pago (valor do débito) - pagamento efetuado a outras Unimed's por atendimento de nossos usuários*", valor este que foi **integralmente admitido** como exclusão pela fiscalização na autuação e

(ii) **PAC/PAAS** (no caso do mês de julho/2006, o valor de **R\$ 159.037,54**), único valor desconsiderado pela Fiscalização em relação à Base de Cálculo apresentada pela contribuinte.

Nesse contexto, ficam, de plano, afastadas as objeções acerca de intercâmbio, pois as deduções indicadas pela contribuinte, cujo título, a seguir reproduzido, indica contemplar inclusive "*intercâmbio*", foram admitidas integralmente pela fiscalização, não sendo objeto de questionamento e nem de glosa na autuação.

Deduções	
221/223	Eventos -(valor do débito)/Intercâmbio Pago - (valor do débito) -pagamento efetuado a outras Unimeds por atendimento de nosso usuários

No caso concreto, considerando que a demanda recursal contida no tópico “IV. A RECEITA OPERACIONAL DA RECORRENTE É A ‘TAXA DE ADMINISTRAÇÃO’ ”, não guarda relação com o presente processo, pelo fato de terem sido admitidas pela fiscalização a exclusão da base de cálculo do PIS e da COFINS as receitas denominadas de “Intercâmbio entre Unimeds” (Cód. Conta 3.3), valores estes apresentados pelo própria recorrente no curso do procedimento fiscal (fls.151/180), tendo a fiscalização elaborado os demonstrativos de fls. 192/196, nos exatos termos informados e admitidos pela contribuinte. Ademais, a recorrente não apresenta prova alguma de qual seriam os valores a serem excluídos que não foram considerados pela Autoridade Fiscal ou qualquer erro na base de cálculo, no que tange as receitas obtidas com intercâmbio eventual, oriundas de outras cooperativas associadas.

Não merece, portanto, ser conhecido o Recurso Voluntário quanto a tal matéria, por ausência de interesse processual.

II – Da proposta de diligência:

Consta do TVF às fls.107/204, a informação de que a legislação prevê diversas exclusões/deduções da receita bruta, para fins de determinação da base de cálculo, sendo algumas gerais, e outras específicas para cada tipo de atividade. Com relação à base de cálculo mensal das cooperativas de médicos, a fiscalização enumera quais receitas poderão ser excluídas/deduzidas da receita bruta:

- a) reversões de provisões operacionais e recuperações de créditos baixados como perda, que não representem ingressos de novas receitas;
- b) receitas decorrentes da venda de bens do ativo permanente;
- c) valores glosados em faturas emitidas contra planos de saúde;
- d) valores correspondentes às responsabilidades cedidas;
- e) valores correspondentes às contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas;
- f) valores relativos às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades;
- g) sobras apuradas na Demonstração do Resultado do Exercício, destinadas à constituição do Fundo de Reserva e do Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES).

Quanto aos eventos ocorridos a título de **PAC/PAAS**, a Autoridade Fiscal informa que “a dedução dos valores a título de PAC/PAAS, classificador 443899 cuja natureza seria a

constituição de provisões chamadas de "Programa de Amparo a Autos Sinistros" e "Programa de Alto Custo", não encontra amparo legal para ser levada a efeito, e que as únicas provisões passíveis de dedução seriam as provisões técnicas previstas no art. 9º da Resolução Normativa ANS nº 209/2009. Por este motivo, foram glosamos os valores referentes a PAC/PAAS da base de cálculo da contribuinte no período de julho/2006 a dezembro/2008, chegando a novos valores de PIS/COFINS para o período.

Nesse ponto, defende a recorrente que não se trata de provisões técnicas, como sugeriu a fiscalização e o acórdão recorrido, mas representam, efetivamente, custeio de indenizações por eventos ocorridos, cuja dedução da base de cálculo é autorizada pelo art. 3º, § 9º, da Lei 9.718/98.

Para melhor compreensão, peço vênha para transcrever o trecho do recurso que trata do assunto:

III. OS VALORES RELATIVOS AO PAC E AO PAAS CONFIGURAM GASTOS COM INDENIZAÇÕES POR EVENTOS OCORRIDOS

10. De plano, conforme esclarecido na impugnação, destaca-se que os valores dispendidos pela Recorrente com PAC e PAAS não se referem a meras provisões técnicas, como sugeriu a fiscalização e o acórdão proferido pela DRJ.

11. Nesse sentido, cabe esclarecer que o PAAS (Programa de Amparo a Altos Sinistros), é um Programa de que participam diversas cooperativas do Grupo Unimed, e que consistem em uma espécie de fundo cujos recursos advêm de pagamentos das cooperativas Unimed participantes, de acordo com regras específicas definidas em seu regulamento (cf. Doc. 03 da Impugnação).

12. Cumpre destacar que a própria ANS reconhece a formação de fundos dessa natureza como mecanismos legítimos e necessários para a amenização de riscos às atividades de planos de saúde. Veja-se nesse sentido menção na própria Nota Técnica nº 2/2017, que trata de discussões sobre compartilhamento de riscos:



PROCESSO Nº: 33910.000081/2017-91

NOTA TÉCNICA Nº 2/2017/GEHAE/GGAME/DIOPE/ANS

INTERESSADO: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Trata-se de nota de exposição de motivos para retomada das discussões do tema "compartilhamento de riscos e rede" na ANS.

O tema é de suma importância, haja vista que os riscos financeiros que uma operadora de planos de saúde deve cobrir podem comprometer a sua solvência e, portanto, mecanismos que possam minimizar a exposição a tais riscos, contribuem para a continuidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários. Não por acaso, o assunto foi destacado pela ANS na sua Agenda Regulatória 2013/2014[1] e voltou a ser incluído na Agenda Regulatória 2016/2018.

TRANSFERÊNCIA E COMPARTILHAMENTO DE RISCO

Conforme IBGC[2], a transferência e/ou o compartilhamento de riscos apresentam-se como possíveis estratégias de tratamento dos riscos corporativos a que uma empresa está sujeita, consistindo em atividades que visam reduzir o impacto e/ou a probabilidade de ocorrência dos eventos que podem trazer perdas a uma empresa.

(...)

OUTRAS CONFIGURAÇÕES DE COMPARTILHAMENTOS DE RISCOS FINANCEIROS

Apesar dos 2 modelos mapeados ao longo da Agenda Regulatória 2013/2014 serem amplos o suficiente para avaliação de boa parte das operações de compartilhamento de risco praticadas no setor, no âmbito das ações de monitoramento das operadoras efetuado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) foram observadas algumas operações de compartilhamento de risco financeiro que merecem aprofundamento. São programas de financiamento de despesas que, na presente nota, sinteticamente serão denominados como "fundos solidários de risco" mas possuem diversas denominações nas cooperativas tais como programas de custeio parcial de eventos ou fundos de alto custo/cobertura parcial de eventos.

Fundos solidários de risco

Algumas federações de cooperativas oferecem às suas afiliadas, de forma facultativa, a possibilidade de ressarcimento de despesas assistenciais específicas (procedimentos de alto custo, procedimentos cardíacos, etc) ou recuperação da sinistralidade a partir de um fundo constituído por todas as afiliadas que aderirem ao regulamento próprio para utilização em comum. Na prática, tais operações consistem no ressarcimento total ou parcial da despesa assistencial ou evento apurado pela singular.

A DIOPE solicitou às federações identificadas documentos e informações sobre a operacionalização de tais fundos[6] nos quais observa-se que não há alteração na relação financeira entre a operadora contratante (a cooperativa singular, no caso) e sua rede de prestadores. Assim, a operação, em linhas gerais, é semelhante ao modelo 2 de compartilhamento de riscos mapeado nos estudos anteriores.

[6] Federação RJ – "Programa de Amparo a Altos Sinistros"; Federação MG – "Fundo de Cobertura Parcial de Contas Médicas"; Unimed Nordeste Paulista – "Fundo Mútuo de Risco" e "Módulo Coração Regional".

13. Os recursos do PAAS são depositados em uma conta específica e se destinam ao custeio das internações hospitalares dos beneficiários das cooperativas participantes cujo custo tenha sido elevado.

14. Em outras palavras, as cooperativas Unimed, caso desejem participar do programa, **passam a efetuar depósitos periódicos na conta do PAAS, e, como contrapartida, passam a contar com a garantia de custeio de gastos elevados associados à internação hospitalar de seus beneficiários.**

15. Como se percebe, o PAAS configura uma forma de auxílio mútuo das cooperativas Unimed, de modo a preservá-las de eventuais impactos financeiros elevados associados às necessidades de seus clientes.

16. Em outras palavras, trata-se de um pool de recursos, formados por aportes de diversas Unimeds cooperadas, para que seja utilizado sempre que alguma delas tiver despesa real e efetiva com os eventos protegidos em montante superior à normalidade.

17. Dessa forma, **o PAAS funcionada como um fundo diluidor de risco**, evitando que a Unimed que tiver o sinistro em montante extraordinariamente alto venha sofrer um abalo em suas contas. **O fundo – formado com aportes da própria Unimed e de outras Unimeds cooperadas – paga os custos, os quais depois são repostos pela Unimed que foi ajudada.**

18. Nesse contexto, é certo que **o PAAS não proporciona qualquer ganho financeiro para as cooperativas**, visto que **os valores dispendidos pelo Programa, a título de custeio, estão relacionados aos depósitos efetuados por cada cooperativa participante, conforme demonstra o Regulamento do PAAS.** Isso porque o valor da contribuição de cada cooperativa para o PAAS é **calculado com base nos eventos ocorridos e indenizados relativos aos seus beneficiários.**

19. Com efeito, há duas alternativas quanto aos valores recebidos: (i) ou os dispêndios do PAAS correspondentes aos beneficiários de cada cooperativa correspondem a valor inferior ao somatório das contribuições já feitas por ela; ou (ii) as contribuições seguintes, na medida em que calculadas com base nos eventos ocorridos e indenizados, serão destinadas a complementar a diferença entre as contribuições feitas e as indenizações com que o PAAS arcou.

20. Ademais, é totalmente incabível atribuir aos aportes ao PAAS a natureza de mera provisão, eis que se tratam de gastos efetivos, transferidos para um fundo fora de sua ingerência, e não de mero controle contábil interno para riscos futuros, como são as provisões.

21. Dito isto, inevitável concluir, portanto, que os pagamentos a título de PAAS não se destinam a uma mera provisão técnica – com aduz a fiscalização e a DRJ –, mas representam, efetivamente, custeio de indenizações por eventos ocorridos, cuja dedução da base de cálculo é autorizada pelo art. 3º, § 9º, da Lei 9.718/98.

22. Ainda que algo quisesse questionar, a fiscalização poderia apenas pretender discutir se o momento do aproveitamento fiscal da despesa foi correto ou não. Em outras palavras, ao realizar o pagamento para o fundo do PAAS, que posteriormente é efetivamente utilizado para cobrir sinistros, não resta dúvida que tais gastos são passíveis de exclusão da base de cálculo. A única coisa que se poderia discutir é se a exclusão deveria ocorrer no momento do efetivo desembolso/repasse para o fundo do PAAS ou no momento da ocorrência dos sinistros e indenizações, o que ensejaria cobrança apenas de eventuais valores referentes a uma exclusão antecipada (juros/correção) e não à completa glosa, procedimento realizado pela fiscalização. Assim, como tal vício não é passível de ser corrigido neste momento, não há hipótese factível para se manter a autuação sobre essa matéria.

23. De mais a mais, ao contrário do que decidiu a DRJ, pouco importa a classificação contábil (código ANS) aplicada pela Recorrente ao registrar os dispêndios com PAAS e PAC, o que é relevante do ponto de vista fiscal é a efetiva natureza dessas despesas que, como visto, é de custeio de indenizações por eventos ocorridos, rubrica dedutível da base de cálculo do PIS/COFINS.

24. É relevante destacar, novamente, que a própria fiscalização reconheceu – como não poderia deixar de ser, já que se trata de previsão legal expressa – a possibilidade de dedução das indenizações com eventos ocorridos da base de cálculo do PIS/COFINS, como demonstra a planilha anexada ao Doc. 04 da impugnação.

25. A mais, a Lei nº 12.873/13, que introduziu o § 9º-A ao art. 3º da Lei nº 9.718/98 – normas de caráter interpretativo, conforme veremos adiante –, esclareceu que na determinação da base de cálculo das contribuições em questão devem ser excluídos os custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, que é exatamente o caso das despesas com PAAS/PAC.

26. Diante do exposto, forçoso concluir que a glosa das deduções relativas ao PAAS e ao PAC decorrem de equívoco da fiscalização e da DRJ quanto à natureza desses valores, os quais, como visto, referem-se a indenizações por eventos efetivamente ocorridos, e não à constituição de mera provisão técnica.

27. Para fins de esclarecimento, **o PAC, Programa de Alto Custo, assemelha-se bastante à lógica do PAAS, diferenciando-se apenas pelo dato de se referir a serviços médicos especializados em cardiologia de alta complexidade e custo, em vez das internações hospitalares, alcançadas pelo PAAS.**

28. Dessa forma, uma vez ocorrido, com o beneficiário de determinada cooperativa Unimed, um evento abrangido pela cobertura contratual e que preencha os requisitos previstos no Regulamento do PAC (cf. Doc. 05 da Impugnação), o fundo providenciará a indenização do referido evento.

29. Para que não restem dúvidas de que os valores de PAAS/PAC se referem a eventos ocorridos e indenizados, basta verificar as planilhas anexadas ao Doc. 06 da Impugnação, que demonstram os gastos médicos do PAAS/PAC com cada cliente da Unimed Resende (Recorrente). Veja-se, também, que tais valores foram deduzidos da base do PIS e da COFINS pela Recorrente a título de evento e não de provisão, como sugeriu a fiscalização e a DRJ.

30. Além disso, as despesas com PAAS/PAC jamais poderiam ser classificadas como provisão de risco, na medida em que esses valores nunca retornarão às contas da Recorrente a depender de evento futuro, ou seja, nunca ocorrerá a reversão dessa suposta “provisão” em favor da Recorrente. Portanto, não há dúvidas, trata-se de efetiva despesa com indenizações por eventos ocorridos.

31. Por todo o exposto até aqui, já se constata a total improcedência da glosa realizada pela fiscalização, o que leva à necessidade de reforma do acórdão ora combatido, para que seja cancelado o auto de infração como um todo ou, ao menos, autorizada a dedução das despesas com PAAS/PAC, que possuem natureza de despesa com indenizações por eventos ocorridos. (grifou-se)

Entendo que assiste razão à contribuinte. Vejamos.

Quanto à única glosa procedida pela fiscalização e que ensejou a exigência, restou assentado no julgamento da DRJ: **“que a interpretação trazida pelo art. 9º-A, admitindo exclusão de indenização correspondente a eventos de beneficiários próprios, não altera a exigência ora em litígio, posto que, como visto, a fiscalização admitiu exclusão da totalidade do valor a título de eventos ocorridos efetivamente pagos informado pela contribuinte. E, na Impugnação, a contribuinte não trouxe prova documental alguma em sentido contrário.**

Consta, ainda da decisão recorrida, que *“a classificação contábil indicada pela própria contribuinte é no subgrupo 443899, e, de acordo com o Plano de Contas constante do Anexo a Resolução Normativa da ANS nº 136, de 2006, o subgrupo 44 refere-se a outras despesas operacionais, não se confundindo com registros a título de eventos”* e que *“a pretensão de excluir outros eventuais valores a título de eventos demandaria comprovação de que já não estariam incluídos naqueles admitidos”*.

Ao final conclui o que segue:

Por outro lado, os documentos apresentados pela Interessada (Regulamento de fls. 325/340 e Contrato de fls. 374) preveem pagamento de valores em favor de Programas ou Fundos a serem utilizados por unidades da Unimed participantes, integrantes da Federação do Estado do Rio de Janeiro (não no âmbito nacional), não sendo possível estabelecer correspondência com as hipóteses legais de exclusão. Também as informações de valores referentes a PAC apresentadas às fls. 394/425 não são passíveis de serem associadas aos valores glosados, inexistindo elementos que permitam afirmar que os valores excluídos seriam de indenizações por eventos como alegado e que, em caso positivo, se estariam ou não incluídos nas exclusões já admitidas, ou se, por exemplo, corresponderiam a prêmios pagos (despesas, como denotam as razões de defesa apresentadas).

Compulsando os autos, mais precisamente o Regulamento do PAAS (fls.326/341), verifica-se que tratar-se de Programa de Amparo a Altos Sinistros, uma iniciativa criada com base na Lei nº 9.656/98, dentro do Sistema Unimed com finalidade mutualista e assistencial, não comercial, voltada à proteção financeira e operacional das cooperativas singulares (Unimeds locais) diante de eventos de sinistro de grande impacto, como acidentes, desastres ou despesas médicas de alto custo, elencadas nos itens 5 e 6, a saber:

1. DO OBJETIVO

1.1. O PAAS – Programa de Amparo a Altos Sinistros tem por objetivo minimizar os riscos assistenciais das UNIMED'S FEDERADAS decorrente da garantia de cobertura assistencial que as UNIMED'S FEDERADAS estão obrigadas a prestar aos seus usuários por força dos contratos de planos de saúde por elas comercializados e da Lei nº 9.656/98.

1.2. O PAAS consiste no ressarcimento às UNIMED'S FEDERADAS participantes do programa dos valores por elas dispendidos com gastos em **internações hospitalares** de seus clientes cadastrados no PAAS, observados o limite financeiro do PAAS e os limites contratualmente colocados neste Regulamento, tais como: franquias, co-participação, carências, entre outros.

1.3. A administração do PAAS caberá exclusivamente à UNIMED FEDERAÇÃO RIO, que tem o dever de zelar pelo seu equilíbrio financeiro e viabilidade econômica.

5. DOS LIMITES PARA OS REEMBOLSOS ÀS UNIMED'S FEDERADAS PELO PAAS

5.1. São reconhecidas como despesas hospitalares passíveis de reembolso:

- 5.1.1. honorários médicos;
- 5.1.2. diárias e taxas hospitalares;
- 5.1.3. materiais médicos hospitalares durante a internação hospitalar;

5.1.4. medicamentos prescritos pelos médicos assistentes durante a internação hospitalar;

5.1.5. exames de diagnósticos e terapias realizados durante a internação hospitalar;

5.1.6. Órteses e Próteses ligadas ao ato cirúrgico, desde que cobertos contratualmente;

5.1.7. fisioterapia em regime de internação; e

5.1.8. hemoterapia durante a internação hospitalar.

6.3. Estão também excluídas do reembolso do PAAS as despesas decorrentes das situações abaixo:

6.3.1. Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas conseqüências;

6.3.2. Tratamento de danos físicos e lesões resultantes do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares e ionizantes;

6.3.3. Quaisquer tratamentos odontológicos ou ortodônticos, mesmo decorrentes de acidentes pessoais, exceto as hipóteses previstas como cobertura pela legislação em vigor;

Já o PAC, o Contrato de Filiação ao Projeto de Procedimentos Médicos de Alto Custo acostado às fls.372/394, nos traz a informação que trata de *“autuação econômica praticada restritamente entre cooperativas associadas, caracterizando-se como a realização de ATO COOPERATIVO, não gerando imposição de tributos”, com objetivo de “diluição dos custos e, conseqüentemente, dos riscos financeiros para as FEDERADAS, quando da prestação de PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO e complexidade na área cardiológica, por entidades hospitalares aos USUÁRIOS das FEDERAÇÕES”*.

De acordo com a recorrente, as referidas exclusões foram realizadas com base no inciso III, § 9º, do art. 3º da Lei nº 9.718/98, introduzido pela MP nº 2.158-35, de 24/08/2001, que assim dispõe:

Art. 3º (...)

§ 9º . **Na determinação da base de cálculo da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS, as operadoras de planos de assistência à saúde poderão deduzir:** (Incluído pela Medida Provisória nº 2158-35, de 2001)

I - co-responsabilidades cedidas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2158-35, de 2001)

II - a parcela das contraprestações pecuniárias destinada à constituição de provisões técnicas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2158-35, de 2001)

III - **o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago**, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2158-35, de 2001) (grifou-se)

Da análise do referido dispositivo legal verifica-se que o legislador permitiu às operadoras de planos de saúde deduzir da base de cálculo da contribuição para o PIS e da COFINS o valor relativo às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.

A matéria também está contida na IN SRF nº 635, de 2006, art. 17, que dispõe:

Art. 17 A base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, apurada pelas sociedades cooperativas de médicos que operem plano de assistência à saúde, pode ser ajustada, além do disposto nos arts. 9º e 10, pela:

I - exclusão dos valores glosados em faturas emitidas contra planos de saúde;

II - dedução dos valores das co-responsabilidades cedidas;

III - dedução das contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas; e

IV - **dedução do valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.**

§ 1º As glosas dos valores, de que trata o inciso I do caput, devem ser decorrentes de auditoria médica dos convênios e planos de saúde nas faturas, em razão da prestação de serviços e de fornecimento de materiais aos seus conveniados.

§ 2º As disposições dos incisos II a IV do caput aplicam-se aos fatos geradores ocorridos a partir de 1º de dezembro de 2001. (grifou-se)

Ressalta-se, que com a edição da Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, que acrescentou os parágrafos 9º-A e 9º-B, ao artigo 3º, da Lei nº 9.718/98, restou pacificado o assunto, *in verbis*:

§ 9º-A. Para efeito de interpretação, o valor referente às **indenizações** correspondentes aos eventos ocorridos de que trata o **inciso III do § 9º** entende-se o total dos custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se neste total os custos de beneficiários da própria operadora e os beneficiários de outra operadora atendidos a título de transferência de responsabilidade assumida. (Incluído pela Lei nº 12.873, de 2013).

§ 9º-B. Para efeitos de interpretação do caput, **não são considerados receita bruta** das administradoras de benefícios os valores devidos a outras operadoras de planos de assistência à saúde. (Incluído pela Lei nº 12.995, de 2014). (grifou-se)

Nesse ponto, oportuno ressaltar, que a eficácia retroativa da referida disposição tem sido amplamente aceita neste CARF, pois amolda-se ao comando da retroatividade benigna do art. 106, I, do CTN, tendo em vista ser o § 9º-A, do art. 3º da Lei nº 9.718/98, norma de caráter interpretativo, e embora introduzido em 2013 pela Lei nº 12.873, retroage para alcançar os fatos geradores pretéritos, como no presente caso, em conformidade com o entendimento externado de forma unânime pela Câmara Superior de Recursos Fiscais CSRF no Acórdão n.º 9303-004.399, abaixo ementado:

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

Período de apuração: 31/01/2006 a 31/12/2008

OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES DA BASE DE CÁLCULO.

Na determinação da base de cálculo do PIS e da Cofins, as operadoras de planos de assistência à saúde poderão deduzir os custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se neste total os custos de beneficiários da própria operadora e os beneficiários de outra operadora atendidos a título de transferência de responsabilidade assumida, nos termos do §9º-A, art. 3º da Lei 9.718/98.

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL - COFINS

Período de apuração: 31/01/2006 a 31/12/2008

OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES DA BASE DE CÁLCULO.

Na determinação da base de cálculo do PIS e da Cofins, as operadoras de planos de assistência à saúde poderão deduzir os custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se neste total os custos de beneficiários da própria operadora e os beneficiários de outra operadora atendidos a título de transferência de responsabilidade assumida, nos termos do §9º-A, art. 3º da Lei 9.718/98.

ASSUNTO: NORMAS GERAIS DE DIREITO TRIBUTÁRIO

Período de apuração: 31/01/2006 a 31/12/2008

NORMA INTERPRETATIVA. RETROATIVIDADE. POSSIBILIDADE.

Nos termos do art. 106, inciso I, do Código Tributário Nacional - CTN, a norma que seja expressamente interpretativa aplica-se, em qualquer caso, a ato ou fato pretérito, restando excluída a aplicação da penalidade à infração dos dispositivos interpretados. Amolda-se o comando da retroatividade benigna do art. 106, I, do CTN ao §9º-A, do art. 3º da Lei nº 9.718/98, norma de caráter interpretativo, introduzido em 2013 pela Lei nº 12.873, que retroage para alcançar os fatos geradores do presente processo administrativo.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do Colegiado, por unanimidade de votos, em conhecer do Recurso Especial da Fazenda Nacional e, no mérito, em negar-lhe provimento.

(Acórdão nº 9303004.399 – 3ª Turma, Processo nº 13982.001408/2009-81, Rel. Conselheira Vanessa Marini Cecconello, Sessão de 09 de novembro de 2016).

Conforme esclarecido, a recorrente pretende, no que se refere à sua natureza de operadora de saúde, excluir da base de cálculo os valores relativos ao PAAS (Programa de Amparo a Altos Sinistros) e ao PAC (Programa de Alto Custo), destinados aos custeio de gastos assistenciais com internação hospitalar e tratamentos de cardiologia, decorrente da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, ou seja, uma forma de auxílio mútuo das cooperativas Unimed, para cobrir sinistros, cuja dedução da base de cálculo é expressamente contemplada no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98 e no inciso IV do art. 17, da IN SRF nº 635/2006.

No caso dos autos, o que se verifica é a dedução de custos próprios, sejam eles diretos (pagos diretamente aos seus conveniados) ou indiretos (pagos a outras operadoras que prestaram serviços aos seus associados), para os quais existe previsão legal de exclusão.

É neste mesmo sentido o entendimento assentado deste Conselho:

COOPERATIVAS. UNIMED. BASE DE CÁLCULO. DEDUÇÕES PRÓPRIAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. LEI Nº 9.718/98, ART. 3º, §§ 9º, 9º-A e 9º-B. DEDUÇÃO. POSSIBILIDADE.

O valor referente às **indenizações correspondentes aos eventos ocorridos de que trata o inciso III, do § 9º, da Lei nº 9.718/98**, é o total dos custos assistenciais

decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se neste total os custos de beneficiários da própria operadora e os beneficiários de outra operadora atendidos a título de transferência de responsabilidade assumida. Recurso parcialmente provido.

(Acórdão nº 9303-003.295 - 3ª Turma da CSRF, Processo nº 10680.007677/2004-52, Rel. Conselheiro Henrique Pinheiro Torres, Sessão de 24 de março de 2015)

BASE DE CÁLCULO. COOPERATIVAS MÉDICAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. INDENIZAÇÕES REFERENTES A EVENTOS OCORRIDOS COM BENEFICIÁRIOS DA PRÓPRIA E DE OUTRAS OPERADORAS. DEDUÇÃO DA RECEITA BRUTA. POSSIBILIDADE.

É dedutível da base de cálculo da Cofins o valor integral das indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, compreendendo o total dos custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se neste total os custos de beneficiários da própria operadora e os beneficiários de outra operadora atendidos a título de transferência de responsabilidade assumida.

(Acórdão nº 3302003.135 – 3ª Câmara / 2ª Turma Ordinária, Processo nº 16539.720010/2013-50, Rel. Conselheira Lenisa Rodrigues Prado, Sessão de 17 de março de 2016).

PIS/COFINS. COOPERATIVAS DE SERVIÇOS MÉDICOS. DEDUÇÕES DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. APLICAÇÃO. **ART. 3º, § 9º, III, DA LEI 9.718/98. INDENIZAÇÕES CORRESPONDENTES AOS EVENTOS OCORRIDOS.** CONCEITO. ALCANCE.

Configuram indenizações de eventos ocorridos, para o efeito da dedução da base de cálculo prevista no **art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98**, os pagamentos realizados pelas cooperativas para terceiros (tais como médicos, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados), para suportar os atendimentos (tais como consultas médicas, exames laboratoriais, hospitalização, cirurgias, terapias etc.), a que deram causa os usuários dos planos de saúde independente de se tratar de usuários da própria operadora ou de outras operadoras, **desde que tenham sido efetivamente pagos, reduzidos dos valores reembolsados pelas outras operadoras.**

(Acórdão nº 3403002.049 – 4ª Câmara / 3ª Turma Ordinária, Processo nº 13063.000694/2008-58, Rel. Conselheiro Ivan Allegretti, Sessão de 23 de abril de 2013).

Por outro lado, conforme se depreende do texto legal, o inciso III permite a dedução do “...valor referente às **indenizações** correspondentes aos **eventos ocorridos, efetivamente pagos...**”, sob pena de: (i) o benefício não poder ser aplicado ao setor; (ii) causar

grande confusão nos controles ou, no limite, (iii) serem deduzidos valores preliminares, ainda não pagos, e reconhecidos contabilmente e maiores do que o efetivamente devidos.

O que significa indenizações de eventos ocorridos efetivamente pagos? Mais uma vez socorro-me dos aspectos técnicos específicos do setor.

É cediço que o setor da saúde é diverso dos demais setores da sociedade, não apenas por tratar de serviço essencial e se sujeitar às regras definidas por Agência Reguladora, mas pela própria operação e exatamente por isso é que a legislação limitou à possibilidade de exclusão da base de cálculo aos eventos ocorridos efetivamente pagos. Este procedimento específico tem uma razão de ser, pois as operadoras de saúde possuem sistemas de controles internos contábeis e extra-contábeis, integrados com os controles da ANS, e toda esta informação é importante porque justamente com base nesta movimentação de faturamento/ pagamento/ despesas/ utilização de rede credenciada, que a ANS faz todos os seus controles, não necessariamente contábeis.

Nesse aspecto, como evidenciado pela DRJ, das planilha anexadas às fls.395/426 (Doc.06), por ocasião da Impugnação, em que a interessada buscou demonstrar os gastos médicos do PAAS/PAC com cada cliente da Unimed Resende, ora recorrente), *“não são passíveis de serem associadas aos valores glosados, inexistindo elementos que permitam afirmar que os valores excluídos seriam de indenizações por eventos como alegado e que, em caso positivo, se estariam ou não incluídos nas exclusões já admitidas, ou se, por exemplo, corresponderiam a prêmios pagos (despesas, como denotam as razões de defesa apresentadas)”*, nesse aspecto entendo que o processo ainda não se encontra maduro para julgamento.

De todo modo, o presente lançamento demanda a intervenção da Autoridade Fiscal para adequá-lo às interpretações supervenientes acerca da matéria, pois nos últimos anos ocorreram importantes alterações na interpretação das normas relativas à tributação do PIS/Pasep e Cofins, em especial, sobre as operadoras de planos de assistência à saúde, dentre as quais se destacam:

1. Foi declarada a inconstitucionalidade do §1º do art. 3º da Lei 9.718/98 pelo Supremo Tribunal Federal, tendo sido reconhecida a repercussão geral, para reafirmar a jurisprudência do Tribunal nesse sentido, cito o Acórdão nº 9303-007.991, de 19/02/2019¹).

¹ ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL COFINS

Período de apuração: 01/02/1999 a 31/12/2004

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. BASE DE CALCULO. PERÍODOS DE APURAÇÃO DE 01/2002 A 12/2002. DEDUÇÕES PRÓPRIAS DAS OPERADORES DE PLANOS DE SAÚDE. LEI Nº 9.718/98, ART. 3º, § 9º.

As operadoras de planos de assistência à saúde podem deduzir da base de cálculo da Contribuição para a COFINS e do Programa de Integração Social PIS/PASEP, as despesas e custos operacionais relacionados com os atendimentos médicos realizados em seus próprios beneficiários, por meio de estabelecimento próprio ou pela rede conveniada/credenciada de profissionais e empresas da área de saúde, bem como aos atendimentos médicos efetuados em beneficiários pertencentes à outra operadora de plano de assistência à saúde, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidade.

2. No Recurso Extraordinário (RE) nº 599.362, transitado em julgado em 25/11/2016, em sede de repercussão geral, (Tema nº 323 – Incidência do PIS sobre os atos cooperativos próprios), o STF firmou a seguinte tese: "*A receita auferida pelas cooperativas de trabalho decorrentes dos atos (negócios jurídicos) firmados com terceiros se insere na materialidade da contribuição ao PIS/PASEP*".

Dessa forma, tratando-se de questão que poderá ensejar no cancelamento ainda que parcial da exigência fiscal constante dos autos e como matéria de direito introduzida posteriormente à própria autuação fiscal, - tendo em vista a obrigatoriedade de reprodução nos julgamentos do CARF do conteúdo de decisão definitiva de mérito proferida pelo STF e pelo STJ na sistemática dos arts. 543-B e 543-C do CPC/1973 ou dos arts. 1.036 a 1.041 do CPC/2015; bem como a retroatividade benigna da norma interpretativa (art. 106, I do CTN) -, entendo que o presente lançamento demanda a intervenção da autoridade fiscal para adequá-lo às interpretações supervenientes acerca da matéria.

Diante disso, necessária a conversão do processo em diligência para segregação/quantificação do lançamento das parcelas que se façam necessárias em face da interpretação introduzida pelos §§ 9º-A e 9º-B do art. 3º da Lei nº 9.718/98, pela Lei nº 12.873/2013, bem como da declaração de inconstitucionalidade do §1º do art. 3º da Lei nº 9.718/98.

Referida conversão está em conformidade com outras ocorridas em processos semelhantes apreciados por este CARF (por exemplo, Resolução nº 3402-001.386, Resolução nº 3402-002.785, Resolução nº 3301-000.249, Resolução nº 3301-000.250, Resolução nº 3402001.471).

Assim, em face de todo o exposto, voto no sentido de determinar a realização de diligência, nos termos do art. 18 do Decreto nº 70.235/1972 e dos arts. 35 a 37 e 63 do Decreto nº 7.574/2011, para que a Unidade de Origem adote as seguintes providências:

- (i) analisar a conta de despesas com "*indenizações por eventos ocorridos*", indicada pela contribuinte a título de "*PAC/PAAS*" (registrada na conta 443899), especificamente, as informações trazidas nas planilhas apresentadas às fls. 394/425 (Doc. 06 da Impugnação), considerando a interpretação introduzida pelos §§ 9ºA e 9ºB do art. 3º da Lei nº 9.718/98;
- (ii) verificar se eventual direito da recorrente à dedução pleiteada, seriam de fato "*indenizações por eventos ocorridos*", como alegado nas razões de defesa apresentadas e que, em caso positivo, se estariam ou não incluídos nas exclusões já admitidas, constantes no Demonstrativo de Apuração das Contribuições elaborado pela fiscalização às fls. 192/196;

abilidade, em conformidade com o preceptivo do art. 3º, § 9ºA da Lei nº 9.718/98, introduzido, em caráter interpretativo, pela Lei nº 12.873/2013.

- (iii) em demonstrativo detalhado, segregue do lançamento as parcelas que se façam necessárias em face da interpretação introduzida pelo §§ 9º-A e 9ºB do art. 3º da Lei nº 9.718/98, bem como da declaração de inconstitucionalidade do §1º do art. 3º da Lei nº 9.718/98;
- (iv) elaborar Relatório Conclusivo acerca da apuração das informações solicitadas nos itens acima, especificando, se for o caso, as exonerações do lançamento que se fariam necessárias em face dos entendimentos acima; e,

Encerrada a instrução processual a contribuinte deverá ser intimada para manifestar-se no prazo de 30 (trinta) dias, conforme art. 35, parágrafo único, do Decreto nº 7.574/2011.

Concluída a diligência, os autos deverão retornar a este Colegiado para que se dê prosseguimento ao julgamento.

É a resolução.

Assinado Digitalmente

Denise Madalena Green