



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

**Processo n°** 10380.727103/2014-51  
**Recurso n°** De Ofício  
**Acórdão n°** 2201-003.736 – 2ª Câmara / 1ª Turma Ordinária  
**Sessão de** 04 de julho de 2017  
**Matéria** contribuição previdenciária  
**Recorrente** FAZENDA NACIONAL  
**Interessado** NORSA REFRIGERANTES LTDA

**ASSUNTO: CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS PREVIDENCIÁRIAS**

Período de apuração: 01/01/2010 a 31/12/2010

***PLANO DE SAÚDE. ABRANGÊNCIA A TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES DA EMPRESA. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO DE COBERTURA IGUAL E HOMOGENEA PARA TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES.***

*O valor pago por assistência médica prestada por plano de saúde, desde que a cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes da empresa, não integra o salário-de-contribuição, ainda que os serviços sejam prestados por mais de um plano ou que os riscos acobertados e as comodidades do plano sejam diferenciados por grupos de trabalhadores.*

*Inteligência dos artigos 458§ 2º IV CLT c/c 110 do CTN - Não incidência tributária.*

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por maioria de votos, em negar provimento ao recurso de ofício. Vencidos os Conselheiros Carlos Alberto do Amaral Azeredo, Daniel Melo Mendes Bezerra e Dione Jesabel Wasilewski, que davam provimento.

*assinado digitalmente*

Carlos Henrique de Oliveira - Presidente.

*assinado digitalmente*

Marcelo Milton da Silva Risso - Relator.

EDITADO EM: 31/07/2017

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Carlos Henrique de Oliveira, Ana Cecília Lustosa da Cruz, Dione Jesabel Wasilewski, José Alfredo Duarte Filho, Marcelo Milton da Silva Risso, Carlos Alberto do Amaral Azeredo, Daniel Melo Mendes Bezerra e Rodrigo Monteiro Loureiro Amorim.

## **Relatório**

1- Trata-se de Recurso de Ofício (fls.918/947) interposto pela DRJ em face de sua decisão que por maioria de votos julgou procedente a impugnação do contribuinte ao lançamento dos DEBCAD nº 51.055.600-0 e DEBCAD nº 51.055.601-9, lavrado em face do contribuinte acima identificado pela infração ao artigo 32, inciso IV e § 5º da Lei nº 8.212/91, na redação dada pela Lei nº 9.528/97 por ter constatado o I. AFRFB às fls. 90/98 (Relatório Fiscal) que o contribuinte teria deixado de apresentar em Guias de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social - GFIP's dados não correspondentes aos fatos geradores de todas as contribuições previdenciárias do período de janeiro de 01/2010 a 12/2010 já que deixou de informar valores referentes às verbas remuneratórias obtidas em folha de pagamento e na contabilidade.

2 – Adoto inicialmente como relatório a narrativa constante do V. Acórdão da DRJ (fls. 903/906) por sua precisão:

*“Trata-se de Autos de Infração – AI lavrados contra o contribuinte em epígrafe, discriminados a seguir.*

*AI Debcad nº 51.055.600-0, no valor de R\$ 3.300.341,71, consolidado em 21/8/2014, relativo a contribuições para a previdência social, parte patronal, referentes às competências de 01/2010 a 12/2010.*

*AI Debcad nº 51.055.601-9, no valor de R\$ 1.067.091,86, consolidado em 21/8/2014, relativo a contribuições para a previdência social, parte do segurado, referentes às competências de 01/2010 a 12/2010.*

*Conforme relatório fiscal de fls. 90/98, as contribuições lançadas são devidas à previdência social e incidentes sobre os valores de despesas com benefício de saúde fornecido a empregados, sem observância do disposto na Lei nº 8.212/1991, artigo 28, § 9º, alínea “q”. Tais valores não foram incluídos em folhas de pagamento e não foram declarados por meio de Guias de Recolhimentos do FGTS e Informações para a Previdência Social – GFIP. No relatório fiscal também constam outras informações como segue.*

*O contribuinte disponibilizou a seus trabalhadores planos de saúde, conforme documento “Política de benefícios”. Contudo, como não houve uniformidade de condições dos planos disponibilizados aos segurados, os valores de custeio de planos de saúde que importavam em vantagens para alguns segurados em relação aos demais, foram considerados como parcelas integrantes do salário-de-contribuição.*

*Por meio da análise do documento “Política de benefícios” constatou-se a existência de quatro categorias de coberturas disponibilizadas aos empregados: Plano Básico CNU para atender “a todos os funcionários” com exceção dos trabalhadores temporários, Plano Master CNU, direcionado aos gerentes, Plano Líder – Unimed Seguros, direcionado aos diretores, e Hapvida destinado aos trabalhadores contratados por prazo determinado. Os três primeiros planos são contratados com a Unimed e o último com a Hapvida.*

*A distinção entre os planos de saúde oferecidos configura a existência de vantagens exclusivas aplicáveis apenas a determinadas categorias de trabalhadores, respeitando-se questões hierárquicas na empresa (trabalhadores temporários, trabalhadores comuns, gerentes e diretores), sendo vedado ao segurado fazer sua opção por plano não disponibilizado a sua condição na hierarquia funcional.*

*Conforme verificado nos instrumentos contratuais, enquanto os planos de saúde da Unimed estabelecem cobertura nacional, o plano da Hapvida limita a cobertura a determinados estados do Brasil. Além disso, a rede de médicos*

*e hospitais credenciados pela Unimed é maior do que a da Hapvida, demonstrando a vantagem do plano de saúde oferecido a alguns trabalhadores que possuem a cobertura da Unimed em relação aos trabalhadores que tem a cobertura da Hapvida.*

*Por essa razão, considerou-se que o custeio dos planos de saúde oferecidos pela Unimed, por não serem extensíveis à totalidade dos empregados representam salários indiretos.*

*Esses fatos geradores são identificados nos autos com os códigos de levantamento L4, L5 e L6.*

*Foi considerado, como base de cálculo desses fatos geradores, o valor total das faturas emitidas pela Unimed deduzidos dos descontos de parte custeada pelos segurados, realizados por meio das folhas de pagamento, rubricas 0510 – Unimed, 0511 – Unimed GER, 0512 – Unimed DIR, 0514 – Unimed Especial.*

*Constatou-se que os recolhimentos efetuados pelo contribuinte de forma espontânea não se referem às contribuições relativas à autuação porque: (a) ele sequer os considerava como fato gerador de contribuições previdenciárias em suas folhas de pagamento e na GFIP, e (b) os recolhimentos realizados são compatíveis com as bases de cálculo que foram declaradas por meio de GFIP.*

*Após verificar que havia valores recolhidos que não foram informados por meio de GFIP, o contribuinte foi intimado, por meio do Termo de Intimação Fiscal – TIF n° 8, a justificar as diferenças entre o valor declarado e o recolhido, e a promover eventuais retificações nas GFIP. O autuado, apesar dessa intimação, não se manifestou. Dessa forma, excedentes de contribuição recolhida não puderam ser apropriados como créditos do contribuinte na apuração dos valores devidos.*

#### *SUJEIÇÃO PASSIVA SOLIDÁRIA*

*O contribuinte explora dentre outras atividades, a indústria, o comércio, a distribuição, a importação e exportação de produtos alimentícios e bebidas em geral, tendo como sócios a Nordeste Refrigerantes S. A., CNPJ n° 02.694.830/0001-91 e Solar BR Participações S. A., CNPJ n° 18.390.679/0001-38.*

*Tendo em vista que o contribuinte é uma sociedade de outras duas pessoas jurídicas, Nordeste Refrigerantes S. A., CNPJ n° 02.694.830/0001-91 e Solar*

*BR Participações S. A., CNPJ nº 18.390.679/0001-38, resta configurada a existência de um grupo econômico e nos termos do que dispõe a Lei nº 8.212/1991, artigo 30, inciso X, todos os seus integrantes são solidariamente responsáveis pelo valor das autuações.*

*(...)*

*O contribuinte foi cientificado das autuações em 22/8/2014, conforme se verifica pela apreciação de assinatura às fls. 6 e 52. Os sujeitos passivos solidários integrantes do grupo econômico foram cientificados da autuação, por meio dos Termos de Sujeição Passiva Solidária – TSPS de fls. 2.976/2.979 em 22/8/2014.*

*O autuado apresentou impugnação (fls. 3.027/3.116) em 23/9/2014 (conforme carimbo de fl. 3.027 na qual, essencialmente:*

*Pede a reunião dos processos nº 10380.727103/2014-51 e 10380.727104/2014-03, uma vez que são decorrentes do mesmo Mandado de Procedimento Fiscal – MPF e tratam da mesma matéria (benefício de plano de saúde) e visando evitar decisões contraditórias e conflitantes.*

*Afirma que a autoridade fiscal considerou que o benefício de plano de saúde custeado por ele em favor de seus empregados contratados junto à Unimed são salários indiretos tendo e vista que esses planos não são extensíveis aos empregados contratados por prazo determinado.*

*Diz que os autos de infração não merecem prosperar (...)*

*Diz que a fiscalização, numa tentativa de dar interpretação diversa daquela que a lei propõe, apontou ao aplicar o disposto na Lei nº 8.212/1991, § 9º, alínea “q”, que cobertura é a equivalência entre os benefícios disponibilizados a todos os trabalhadores.*

*Assevera que segundo a Agência Nacional de Saúde – ANS, ‘cobertura assistencial é o conjunto de direitos a que o consumidor faz jus ao contratar um plano de saúde. A extensão da cobertura é determinada pela legislação de saúde suplementar e tem que estar expressa no contrato firmado com a operadora’.*

*Aponta que, como decorrência dessa assertiva, o “funcionário” tem a liberdade, em todos os planos oferecidos pela empresa, de contratar sua cobertura. Aduz que as coberturas são diferenciadas conforme o tipo de*

*plano (ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetria, odontológico e referência), e que cada um deles tem um conjunto com mais ou menos procedimentos cobertos. Acrescenta que o beneficiário pode escolher um plano com uma única cobertura ou um plano que combine diversas coberturas e que isso depende da necessidade do empregado e não da sua posição hierárquica dentro da empresa.*

*Diz que os indicados para responder qual o plano de saúde lhes seria útil são os empregados e que, por meio de pesquisa interna identificou suas necessidades e disponibilizou várias opções de planos para seus trabalhadores.*

*Aduz que o mais importante que oferecer o benefício é manter a qualidade desse benefício. Disserta sobre a necessidade de gerenciamento do benefício de plano de saúde e dos objetivos desse gerenciamento. Cita publicação que trata de temas de administração/gestão para fundamentar seus critérios.*

*Conclui que, analisando os vários fatores que foram avaliados na contratação de um plano de saúde e sua disponibilização aos seus empregados, não houve afronta ao disposto na Lei nº 8.212/1991, artigo 28, § 9º, alínea “q”, no que se refere a equivalência entre os benefícios disponibilizados.*

*Retoma seus argumentos de que quem pode decidir qual o plano de saúde mais conveniente são os empregados e as empresas que os contratam. Aduz que a ingerência do Estado na iniciativa privada afronta o Princípio da Livre Iniciativa. Disserta sobre esse princípio.*

*(...)*

*A Nordeste Refrigerantes S. A. apresentou impugnação de fls. 3.119/3.124 em 23/9/2014 (conforme carimbo de protocolo à fl. 3.119) na qual, essencialmente, apresenta as mesmas alegações e pedidos contidos na peça de defesa do autuado. A Solar BR Participações S. A. apresentou defesa de fls. 3.166/3.171 em 23/9/2014 (conforme carimbo de protocolo à fl. 3.166) na qual, basicamente, também apresenta as mesmas alegações e pedidos contidos na peça de defesa do autuado.”*

3 - A decisão da DRJ-BHE (fls. 3.219/ 3.230) julgou procedente a Impugnação do contribuinte, conforme decisão ementada abaixo:

---

**“ASSUNTO: CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS PREVIDENCIÁRIAS**

***Período de apuração: 01/01/2010 a 31/12/2010***

***CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS.***

***A empresa é obrigada a recolher as contribuições a seu cargo.***

***PLANO DE SAÚDE. ABRANGÊNCIA A TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES DA EMPRESA. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO DE COBERTURA IGUAL PARA TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES.***

***O valor pago por assistência médica prestada por plano de saúde, desde que a cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes da empresa, não integra o salário-de-contribuição, ainda que os serviços sejam prestados por mais de um plano ou que os riscos acobertados e as comodidades do plano sejam diferenciados por grupos de trabalhadores.***

***Impugnação Procedente***

***Crédito Tributário Exonerado”***

4- Cientificados da decisão de piso (fls. 3232, 3237 e 3238), o contribuinte e responsáveis solidários não apresentaram contrarrazões.

5 – Em decisão de fls. esse Relator solicitou a reunião dos processos por vinculação, ocasião em que o I. Presidente dessa Seção do CARF indeferiu em decisão de fls.

6- É o relatório do necessário.

## Voto

Conselheiro Marcelo Milton da Silva Risso

7 – O recurso é tempestivo e atende os demais requisitos de admissibilidade e, portanto, dele conheço de acordo com o estabelecido na Portaria MF 63/2017 e Súmula CARF 103.

8 – O Termo de fiscalização (fls. 93/95) assim descreve e fundamenta o lançamento tributário ora em discussão, sem grifos no original, *verbis*:

*“O presente processo inclui os Autos de Infração DEBCAD nº 51.055.600-0 e 51.055.601-9.*

*Os AI lavrados neste procedimento fiscal se referem à ausência de recolhimento de contribuições previdenciárias, o primeiro incluindo as contribuições patronais incidentes sobre as remunerações de segurados não incluídas pela empresa em folhas de pagamentos e não declarados em GFIP; e o último incidente sobre a mesma base, porém referente às contribuições a cargo dos próprios segurados. As fundamentações legais estão descritas no relatório Fundamentos Legais do Débito.*

*4.1 Do Benefício de Plano de Saúde*

***A empresa disponibilizava à totalidade de seus trabalhadores planos de saúde, consoante pode ser visto no documento “Política de Benefícios”. Por óbvio, o ingresso do trabalhador no plano de saúde da empresa era de sua livre escolha.***

*À primeira vista, os pagamentos efetuados pela empresa a este título não integrariam o salário-de-contribuição para fins de incidência de contribuições sociais, consoante redação da Lei 8.212/1991, que estabelece em seu art. 28, § 9º alínea “q”, a exclusão da incidência de contribuições*

*sociais os pagamentos realizados a título de “assistência prestada por serviço médico ou odontológico, próprio da empresa ou por ela conveniado”, “desde que a cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes da empresa”. (negritei)*

**Contudo, é necessária a interpretação deste dispositivo, tendo em vista a intenção da lei, para entender o alcance desta hipótese de não incidência.**

**Sua interpretação não deve ser restrita simplesmente à existência de plano de saúde para todos os trabalhadores da empresa, mas sim à equivalência entre os benefícios disponibilizados aos trabalhadores, que é justamente o significado da palavra “cobertura”.**

**Cobertura não significa apenas a existência de um plano de saúde, mas todas as características do plano de saúde contratado, tais como preço, acomodação, procedimentos, rede hospitalar e médicos credenciados.**

*Ora, o intuito da lei foi evitar que a empresa pague uma parcela do salário dos segurados que lhe prestaram serviço disfarçadamente sob a forma de benefícios. Por exemplo, quando uma empresa disponibiliza plano de saúde com idêntica cobertura a todos os segurados, mas somente desconta do salário de alguns destes para custeio de parte do plano de saúde, é lógico que os segurados que não sofreram qualquer tipo de desconto tiveram um benefício não extensivo a todos os trabalhadores e que se integrou aos seus patrimônios, portanto, a simples existência de plano de saúde com igual cobertura extensível a todos os segurados não é suficiente para afastar a incidência de contribuição previdenciária, mais ainda quando a cobertura é diferenciada.*

**Para a configuração da hipótese de não incidência é necessária a uniformidade de condições dos planos disponibilizados a todos os segurados. Os pagamentos de planos de saúde que importarem em vantagem a alguns segurados serão, forçosamente, considerados como salário.**

*Analisando-se com cuidado o documento intitulado “Política de Benefícios”, percebe-se a existência de quatro categorias diferentes de coberturas disponibilizadas aos empregados:*

*Plano Básico CNU, “direcionado a todos os funcionários”, exceto aos trabalhadores temporários; Plano Master CNU, “direcionado para gerentes”; Plano Líder – UNIMED Seguros, “direcionado a diretores” e HAP VIDA, destinado aos trabalhadores por prazo determinado. Os três primeiros planos contratados com a UNIMED e o último com a HAPVIDA.*

*A distinção de planos configura a existência de vantagens exclusivas a determinadas categorias de trabalhadores, tendo em vista que a participação do segurado em um plano não depende apenas de sua vontade, mas também de sua posição na hierarquia da empresa. O Plano Básico CNU não é extensivo aos trabalhadores por prazo determinado, já o Plano Master não é extensivo nem aos trabalhadores por prazo determinado nem aos trabalhadores sem funções; o Plano Líder não é extensivo nem aos trabalhadores por prazo determinado, nem aos trabalhadores sem funções, nem aos gerentes, mas apenas aos diretores; por fim, aos trabalhadores contratados por prazo determinado resta apenas o plano da HAP VIDA. Desta forma, percebe-se que existe uma rígida departamentalização dos planos de saúde disponíveis aos trabalhadores da empresa.*

*Consoante pode ser verificado nos contratos, enquanto os planos de saúde da UNIMED estabelecem cobertura nacional, o plano da HAPVIDA limita a cobertura a determinados estados do Brasil. Além disto, a rede tanto de médicos quanto de hospitais credenciados da UNIMED é maior do que a da HAPVIDA, demonstrando-se assim a vantagem do plano de saúde da UNIMED quando comparado ao da HAPVIDA.*

*Assim, a fiscalização considerou que os pagamentos arcados pela empresa com a UNIMED são salários indiretos, tendo em vista que estes planos não são extensíveis aos empregados por prazo determinado. Considera-se valor arcado pela empresa com a UNIMED o total das faturas pagas pela empresa a UNIMED, deduzidos os descontos dos empregados realizados em folha de pagamento, rubricas 0510 – UNIMED, 0511 – UNIMED GER, 0512 –*

---

*UNIMED DIR, 0514 – UNIMED ESPECIAL. Os descontos realizados sob a rubrica 0305 – Assistência Médica Cooparticipação não foram deduzidos dos valores pagos à UNIMED porque as faturas pagas pela empresa não incluíam valores de coparticipação.*

*Os valores considerados como salário estão relacionados no Relatório de Lançamentos, com contribuições sociais apuradas nos levantamentos L4, L5 e L6, parte da empresa de acordo com os convênios que cada um dos estabelecimentos possui e L7 (parte dos segurados).”*

9- Tenho que deve ser mantida por seus próprios fundamentos a R. Decisão da DRJ, que por maioria de votos julgou procedente a impugnação do contribuinte, vejamos.

10 - O lançamento tributário parte do pressuposto de dar interpretação extensiva e contrária à Lei ao artigo 28, § 9º “q” da Lei de Custeio da Previdência que assim diz, textualmente:

***Art. 28. Entende-se por salário-de-contribuição:***

***§ 9º Não integram o salário-de-contribuição para os fins desta Lei, exclusivamente:***

***q) o valor relativo à assistência prestada por serviço médico ou odontológico, próprio da empresa ou por ela conveniado, inclusive o reembolso de despesas com medicamentos, óculos, aparelhos ortopédicos, despesas médico-hospitalares e outras similares, desde que a cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes da empresa; (Incluída pela Lei nº 9.528, de 10.12.97)***

11 - Ora, entendo fora do razoável a tentativa de se estender o conteúdo, alcance e finalidade da alínea acima para construção de uma nova condição para o contribuinte usufruir dessa não incidência tributária.

12 - Ao contrário do exposto na fundamentação do relatório fiscal quando diz: (...) ***“Contudo, é necessária a interpretação deste dispositivo, tendo em vista a intenção da lei, para entender o alcance desta hipótese de não incidência. Sua interpretação não deve ser restrita simplesmente à existência de plano de saúde para todos os trabalhadores da empresa, mas sim à equivalência entre os benefícios disponibilizados aos trabalhadores, que é justamente o significado da palavra “cobertura”. (...)*** entendo equivocada a sugestão da autoridade fiscal de que a intenção da lei foi de que a cobertura deve ser homogênea ou equivalente para todos os empregados e dirigentes da empresa.

13 – Para afastar esse entendimento quanto a real intenção da Lei, basta verificarmos que a alínea “q” do artigo 28, § 9º da lei 8.212/91 foi introduzida no ordenamento jurídico através da lei 9.528 de 10 de dezembro de 1997, fruto da conversão em Lei da MPV 1.523-13 de 24 de outubro de 1997.

14 – No Diário do Congresso Nacional de 02/12/1997, Página 17834 aparece a Exposição de Motivos dos Congressistas à época levando à sanção do Presidente da República a MPV em questão após discussão na Comissão Mista do Congresso e chamam a atenção para diversos pontos abordados na MPV, sendo que o que importa para nós no caso são os itens 18 e 19 que assim dizem:

18. Nesse sentido, faz-se necessária alteração em vários dispositivos da Lei nº 8.212, de 1991, e Consolidação das Leis do Trabalho-CLT.

19. A alteração do art. 28 da Lei nº 8.212, de 1991, faz-se necessária para melhor caracterizar o salário-de-contribuição, identificando, detalhadamente, as parcelas que o integram e as que não sofrem incidência de contribuições previdenciárias, possibilitando maior segurança ao contribuinte nessa obrigação que ora se lhe pretende imputar, além de reunir num só ato legal diversas disposições esparsas em várias leis. Por outro lado, é antecipada, no âmbito da Previdência Social, a alteração do conceito de remuneração, para fins de incidência de contribuição previdenciária, visando à unificação com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço-FGTS, que, em breve, dar-se-á na área trabalhista.

15 – Resta claro que a intenção da Lei é única: **DAR SEGURANÇA JURÍDICA AO CONTRIBUINTE.** Ao mesmo tempo visou a Lei antecipar no âmbito previdenciário o que se entende por remuneração para fins de afastar a incidência

previdenciária e já incluir (o que de fato ocorreu em 2001) no artigo 458 da CLT o que se entende por remuneração do empregado.

16 – Basta checar que o Direito do Trabalho, através da CLT em seu artigo 458, § 2º, IV assim determina o que está fora da remuneração do empregado, sem grifos no original:

***Art. 458 - Além do pagamento em dinheiro, compreende-se no salário, para todos os efeitos legais, a alimentação, habitação, vestuário ou outras prestações "in natura" que a empresa, por força do contrato ou do costume, fornecer habitualmente ao empregado. Em caso algum será permitido o pagamento com bebidas alcoólicas ou drogas nocivas.***

***§ 2o Para os efeitos previstos neste artigo, não serão consideradas como salário as seguintes utilidades concedidas pelo empregador:***

***IV – assistência médica, hospitalar e odontológica, prestada diretamente ou mediante seguro-saúde; (Incluído pela Lei nº 10.243, de 19.6.2001)***

17 – Com efeito, a exposição de motivos que consta no Diário Oficial da Câmara dos Deputados do dia 01/07/2000 na página 44.939 sob a mensagem nº 1.115 a respeito do Projeto de Lei, posteriormente transformado na Lei 10.243/2001 que criou o inciso IV § 2º do artigo 458 da CLT de iniciativa do Executivo assim dispôs a respeito, *verbis*:

4. A proposta modifica, ainda, o § 2º do art. 458 da CLT, que dispõe sobre o salário **in natura**, para determinar que os benefícios, concedidos pelo empregador, relativos a educação, transporte, assistência médica, hospitalar e odontológica, seguros de vida e de acidentes pessoais e previdência privada, não integram o salário. A carência de serviços e benefícios sociais indica a conveniência de estimular as empresas a concederem benefícios que proporcionem aos trabalhadores maior segurança e satisfação, sem ônus subsequente de outra natureza. A proposta atende a essas expectativas desvinculando tais benefícios do salário.

18 – Mais uma vez fica claro qual o real intuito da lei e do próprio Poder Executivo que é deixar a cargo da iniciativa privada a possibilidade de concessão de benefícios a seus empregados sem que isso possa ser considerado como salário, na medida em que reconhece a CARÊNCIA DE SERVIÇOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS (LEIA-SE O SUS) e indica a conveniência de estimular que as empresas (contribuintes) proporcionem aos trabalhadores (segurados) maior segurança e satisfação sem qualquer ônus subsequente de outra natureza.

19 - O Artigo 458 da CLT determina no âmbito privado o que se compreende no salário para todos os fins legais, logo, estamos tratando o que o Direito Tributário poderá tributar, uma vez que o mesmo nada mais é que um direito de sobreposição, como nos ensina Alberto Xavier:

*“O Direito Tributário reporta-se a situações da vida reveladoras de capacidade contributiva, as quais são — na sua grande generalidade — objecto de regulamentação por outros ramos do Direito, de harmonia com o ponto de vista objectivo e peculiar que os informam. Esse facto, que está na origem do tão discutido problema da interpretação dos conceitos próprios de outros ramos jurídicos que o legislador fiscal emprega na previsão das normas tributárias, revela bem a multiplicidade de contactos que o Direito Fiscal mantém com os restantes sectores do ordenamento jurídico. A tributação da família, das sociedades comerciais, dos juros de empréstimos titulados por letras, da compra e venda de imóveis, por exemplo, envolve o recurso a noções de Direito da família, de Direito Comercial, de Direito Civil. O Direito Fiscal como que se sobrepõe a estas várias disciplinas, tratando os fenómenos por estas regidos em primeira linha, de acordo com seu espírito e exigências próprios: pode neste sentido dizer-se que o Direito Fiscal é um direito de sobreposição.”*

20 – Logo a interpretação das disposições do artigo 28 da Lei de Custeio da Previdência não podem ser desassociadas com os termos da CLT, de acordo com os termos do artigo 110 do CTN que reza:

***Art. 110. A lei tributária não pode alterar a definição, o conteúdo e o alcance de institutos, conceitos e formas de direito privado, utilizados, expressa ou implicitamente, pela Constituição Federal, pelas Constituições dos Estados, ou pelas Leis Orgânicas do Distrito Federal ou dos Municípios, para definir ou limitar competências tributárias.***

21 – Outro ponto importante de se destacar é a Solução de Consulta COSIT nº 77 de 28 de Março de 2014 que assim é ementada:

***ASSUNTO: CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS PREVIDENCIÁRIAS PLANO DE SAÚDE DISPONIBILIZADO A TODOS EMPREGADOS E DIRIGENTES. EXCLUSÃO DA BASE DE CÁLCULO.***

***O valor relativo a plano de saúde pago por empresa a cooperativa médica não integra o salário de contribuição, desde que a empresa disponibilize o referido plano à totalidade dos seus empregados e dirigentes, ainda que alguns deles, por motivos particulares, manifestem por escrito que não pretendem participar de plano.***

***DISPOSITIVOS LEGAIS: Lei nº 8.212, de 1991, art. 28, § 9º, “q”.***

***ASSUNTO: PROCESSO ADMINISTRATIVO FISCAL CONSULTA SOBRE DISPOSITIVOS DA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA.***

***É ineficaz a consulta que versar sobre fato definido ou declarado em disposição literal de lei, bem como a consulta que versar sobre fato disciplinado em ato normativo, publicado na Imprensa Oficial antes de sua apresentação.***

***Dispositivos Legais: Decreto nº 70.235, de 1972, V e VI do art. 52, e os incisos VII e IX do art. 18 da IN RFB nº 1.396, 2013.***

22 – A Lei assegura ao contribuinte a fruição da não incidência da contribuição previdenciária, em caso que haja o benefício com cobertura total a todos os empregados e dirigentes da empresa, não condicionando a não incidência a qualquer outro elemento, como homogeneidade ou equivalência na cobertura, bem como em mesma modalidade de plano a todos, o que a Lei visou conceder foi a que todos os empregados e dirigentes tenham o mesmo benefício.

23 – O tema já foi debatido pelo Superior Tribunal de Justiça (“STJ”), no julgamento do Recurso Especial (“Resp”) nº 1.430.043/PR:

***PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. SUPOSTA OFENSA AO ART. 535 DO CPC. INEXISTÊNCIA DE VÍCIO NO ACÓRDÃO RECORRIDO. TRIBUTÁRIO. CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA (REGIME GERAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL). CUSTEAMENTO DE DESPESA DO EMPREGADO COM MEDICAMENTO. NÃO INCIDÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA. AUSÊNCIA DE AMPLIAÇÃO OU VIOLAÇÃO DA NORMA ISENTIVA.***

*1. Não havendo no acórdão recorrido omissão, obscuridade ou contradição, não fica caracterizada ofensa ao art. 535 do CPC.*

*2. O art. 28, § 9º, "q", da Lei 8.212/91 estabelece que não integra o salário de contribuição o valor relativo à assistência prestada por serviço médico ou odontológico, próprio da empresa ou por ela conveniado, inclusive o reembolso de despesas com medicamentos, óculos, aparelhos ortopédicos, despesas médico-hospitalares e outras similares, desde que a cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes da empresa. No caso concreto, a empregadora (ora recorrida), ao invés de efetuar o desembolso das despesas com medicamentos, via folha de pagamento, impõe ao empregado a aquisição do medicamento e efetua (o empregador) o pagamento de forma direta ao estabelecimento farmacêutico. Nesse contexto, não há falar em ampliação ou violação da norma isentiva, pois, como bem observado pelo Tribunal de origem, "embora não conste na folha de pagamento, trata-se em verdade de forma de reembolso dos valores despendidos pelos empregados com medicamentos", sendo que tal sistema "apenas evita etapas do moroso procedimento interno de reembolso via folha de pagamento, que, com certeza, seria mais prejudicial ao empregado".*

*3. Recurso especial não provido.*

***(REsp 1430043/PR, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/02/2014, DJe 11/03/2014)***

24 - Também os Tribunais Regionais Federais, já manifestaram o entendimento de que o plano de saúde concedido a empregados e dependentes não integra o conceito de salário de contribuição, a teor do § 9º, “q” da Lei nº 8.212/91, uma vez comprovada a disponibilidade do benefício à totalidade dos empregados e dirigentes:

***PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL. TRIBUTÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA. AUTORIDADE COATORA. REPETIÇÃO DE INDÉBITO. CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA. PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE PROVA PRÉ-CONSTITUÍDA. EXTINÇÃO DO FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO.***

***1. Trata-se de mandado de segurança impetrado visando ao não recolhimento de contribuição previdenciária sobre valores pagos aos segurados empregados e trabalhadores avulsos a título de plano de saúde.***

***2. A matéria suscitada nas razões do agravo retido se confundem com o próprio mérito da demanda, merecendo análise juntamente com as questões alegadas na apelação.***

***3. A teor da parte final do art. 28, parágrafo 9º, "q", da Lei n.º 8212/91, é isenta do pagamento de contribuição previdenciária a empresa que confere assistência médica à totalidade dos seus empregados e dirigentes mediante convênio com plano de saúde. O não preenchimento desse requisito legal importa na caracterização do plano de saúde como salário-indireto ou***

*salário-utilidade e, por conseguinte, na incidência da mencionada exação.*

*4. Na hipótese dos autos, a impetrante acostou aos autos apenas cópia de guias relativas aos recolhimentos à Previdência Social sem qualquer indicação de que a exação paga refere-se ao custeio de plano de saúde, tampouco que engloba a totalidade de empregados e dirigentes da empresa. Apelação desprovida.*

*(AC 00076510820104058100, Desembargador Federal José Maria Lucena, TRF5 - Primeira Turma, DJE - Data:07/01/2014 - Página::14.)*

25 - Retirando-se o caráter de não incidência de tais benefícios, com interpretações que vão além do real intuito da Lei, além de afronta ao princípio da segurança jurídica, irá acabar com um benefício importante que diversos empregadores no Brasil concedem a um número enorme de segurados e seus dependentes que é o acesso à Saúde decente. Com isso irá desestimular a contratação de planos de saúde, pois a iniciativa privada não é obrigada a custear um benefício que irá lhe trazer um ônus tributário, ocasionando um efeito negativo sobre tal atividade econômica.

26 – Sobre o assunto devemos fazer a seguinte reflexão: será que o nosso atual sistema de Saúde Pública está preparado para suportar tamanho ingresso de segurados e dependentes que não terão mais direito a um plano de saúde em decorrência de autuações com interpretações como esta, afastando a não incidência tributária?

27 - Entendo que não, haja vista que é público e notório o que ocorre em nosso sistema atual de saúde pública que não consegue absorver os milhões de desempregados que mantinham um mínimo de plano de assistência à saúde. Logicamente, por conta do custo que isso irá gerar ao empregador, não poderá mais oferecer tal benefício. Pois empresa não é mãe de ninguém, vive de resultados da sua atividade econômica. Logo, melhor não pagar, por

mais que haja previsão em CCT, o empregador não irá querer um ônus dessa magnitude. Ter que arcar com um ônus que pela CF/88 é do próprio Poder Público que é o “Direito à Saúde”.

28 – Além disso, vale mencionar que a interpretação da Lei pela autoridade fiscalizadora em seu lançamento, olvidou-se de um princípio importante nesse caso que é o inerente ao princípio da função social da empresa, que no caso, se perdeu no momento da interpretação do lançamento fiscal.

29 – Percebe-se que a melhor exegese que a Lei quis dar no momento do da inclusão do inciso IV ao artigo 458 § 5º da CLT foi esse de dar à empresa a função social que o Estado não pode prover. A respeito de tal princípio entendo importante as colocações de Fábio Konder Comparato, que diz :”*Função, em direito, é um poder de agir sobre a esfera jurídica alheia, no interesse de outrem, jamais em proveito do próprio titular. [...] É nessas hipóteses que se deve falar em função social ou coletiva. [...] em se tratando de bens de produção, o poder-dever do proprietário de dar à coisa uma destinação compatível com o interesse da coletividade transmuda-se, quando atais bens são incorporados a uma exploração empresarial, em poder-dever do titular do controle de dirigir a empresa para a realização dos interesses coletivos.*”<sup>2</sup>

30 – Portanto, dar interpretação ao termo “cobertura” contido na alínea “q” ora em debate que “*não significa apenas a existência de um plano de saúde, mas todas as características do plano de saúde contratado, tais como preço, acomodação, procedimentos, rede hospitalar e médicos credenciados*” no meu entender é o Estado interferindo na órbita privada no sentido de “socializar” o direito à assistência à saúde em uma empresa privada, tentando recriar o que ocorreu na União Soviética de 1918 que se tornou o primeiro país a prometer saúde pública universal "do berço ao túmulo", a qual seria alcançada por meio da completa socialização da medicina.

31 – Ora, se o contribuinte já cumpre a Lei dando cobertura a todos os empregados e diretores e tal fato é incontroverso nos autos, não cabe ao hermeneuta querer criar situações jurídicas inexistentes e a seu bel prazer, principalmente e a meu ver com meras presunções, posto que o lançamento fiscal peca por provas quanto à essa alegação da fiscalização.

32 – O entendimento da fiscalização quanto à questão de que: “*A distinção de planos configura a existência de vantagens exclusivas a determinadas categorias de trabalhadores, tendo em vista que a participação do segurado em um plano não depende apenas de sua vontade, mas também de sua posição na hierarquia da empresa.*” Não se coaduna com as provas dos autos.

33 - Ora, o que a fiscalização esperava encontrar em uma empresa da iniciativa privada? Lógico que existem hierarquias, mas antes de tudo subordinação. E ao contrário do quanto indicado, em relação ao documento de fls. 2.952/2.959 intitulado “*Política de Benefícios Norsa*” entendo que a valoração da prova pela I. Fiscalização se deu de forma equivocada, por tais motivos que passo a indicar.

34 – Quando a fiscalização diz:

*Analisando-se com cuidado o documento intitulado “Política de Benefícios”, percebe-se a existência de quatro categorias diferentes de coberturas disponibilizadas aos empregados:*

*Plano Básico CNU, “direcionado a todos os funcionários”, exceto aos trabalhadores temporários; Plano Master CNU, “direcionado para gerentes”; Plano Líder – UNIMED Seguros, “direcionado a diretores” e HAP VIDA, destinado aos trabalhadores por prazo determinado. Os três primeiros planos contratados com a UNIMED e o último com a HAPVIDA.*

---

*A distinção de planos configura a existência de vantagens exclusivas a determinadas categorias de trabalhadores, tendo em vista que a participação do segurado em um plano não depende apenas de sua vontade, mas também de sua posição na hierarquia da empresa. O Plano Básico CNU não é extensivo aos trabalhadores por prazo determinado, já o Plano Master não é extensivo nem aos trabalhadores por prazo determinado nem aos trabalhadores sem funções; o Plano Líder não é extensivo nem aos trabalhadores por prazo determinado, nem aos trabalhadores sem funções, nem aos gerentes, mas apenas aos diretores; por fim, aos trabalhadores contratados por prazo determinado resta apenas o plano da HAP VIDA. Desta forma, percebe-se que existe uma rígida departamentalização dos planos de saúde disponíveis aos trabalhadores da empresa.*

*Consoante pode ser verificado nos contratos, enquanto os planos de saúde da UNIMED estabelecem cobertura nacional, o plano da HAPVIDA limita a cobertura a determinados estados do Brasil. Além disto, a rede tanto de médicos quanto de hospitais credenciados da UNIMED é maior do que a da HAPVIDA, demonstrando-se assim a vantagem do plano de saúde da UNIMED quando comparado ao da HAPVIDA.*

35 – De acordo com item 2. subitem 2.1 de fls. 2.953 dos autos o documento da contribuinte é claro no sentido que:

## 2. ASSISTÊNCIA MÉDICA

### 2.1. CNU - Central Nacional Unimed

Plano de livre escolha, destinado a todos os funcionários efetivos e seus dependentes diretos (cônjuge, filhos e menores tutelados), que devem optar pela adesão ao plano, dentro do prazo de até 15 dias da admissão para não sofrer as carências contratuais. A adesão após tal prazo implicará no cumprimento de todas as carências previstas. Possui também cobertura para acidente de trabalho.

O desconto referente a esse convênio ocorre através de dois tipos de participações:

1. A Participação Fixa é aquela que o funcionário paga um valor mensal (independente do uso) da seguinte forma:

| CATEGORIAS                           | Apenas Titular        | Titular + 1 Depend.   | Titular + 2 Depend. ou mais | Co Participação                                       |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|---|
| <b>BÁSICO, MASTER e LÍDER</b>        | <b>Teto R\$ 52,50</b> | <b>Teto R\$ 78,75</b> | <b>Teto R\$ 105,00</b>      |   |
| PISO SALARIAL                        | ISENTO                | ISENTO                | ISENTO                      |   |
| ACIMA DE 1 PISO ATÉ R\$ 1.000,00     | ISENTO                | 1,25%                 | 2,5%                        | 21% do valor das consultas<br>14% do valor dos exames |
| ACIMA DE R\$ 1.000,00 ATÉ SUPERVISÃO | 0,63%                 | 1,87%                 | 3,12%                       |   |
| SUPERVISORES ACIMA                   | 1,87%                 | 3,12%                 | 4,37%                       |   |

36 - Observa-se que em nenhum momento a política da empresa diz que tais planos são de uso exclusivo a determinados empregados ou acessível a apenas a certas pessoas de determinada hierarquia na empresa, estando bem claro que a modalidade de plano é de livre escolha do funcionário, contudo trazendo as tabelas informativas de preços em que cada um terá que arcar com um tipo de participação variável ou coparticipação de acordo com o item 2, *verbis*:

2. Participação Variável ou Coparticipação – Aquela que o funcionário paga somente quando ele e/ou seus dependentes utilizam determinados procedimentos (ex. consulta, exames simples), constituída dos seguintes percentuais:
  - 21% no valor de consultas de acordo com a tabela do plano
  - 14% no valor de exames de acordo com a tabela do plano

Os Descontos mensais são limitados a 10% do salário base mensal. Nos casos em que o saldo devedor de coparticipação seja superior a este limite, o saldo remanescente será cobrado nos meses subsequentes até a quitação.

Não haverá coparticipação nos seguintes casos:

- Internação no período superior a 12 horas contínuas;
- Procedimentos comprovadamente relacionados a Acidente de Trabalho, uma vez que a Empresa custeia integralmente os mesmos.

37 - Logo após, o referido documento define aos empregados as categorias de plano existentes nos benefícios concedidos pela empresa, indicando a quais funcionários são direcionados, mas em nenhum momento faz alusão quanto a algum tipo de discriminação ou de exclusividade, ficando claro que cabe livremente a cada funcionário escolher o tipo de plano que caiba em seu bolso quando há coparticipação ou participação variável.

São 03 (três) categorias de planos, conforme descrição a seguir:

**A) PLANO BÁSICO CNU**

Direcionado para todos os funcionários, exceto gerentes e diretores, com internação em enfermaria (quartos dos hospitais credenciados com número de leitos que variam de 02 a 04 unidades).

O funcionário pode optar pela acomodação em apartamento, pagando um valor adicional de R\$ 100,00 (cem reais) por vida, para tanto ressaltamos duas informações importantes:

- Optando pela acomodação apartamento todo o grupo familiar migrará automaticamente, ou seja, o funcionário pagará mensalmente R\$ 100,00 (cem reais) por vida no grupo família;
- Uma vez aderindo a esta opção, o funcionário não pode retroceder optando pelo padrão básico, acomodação em enfermaria.

**B) PLANO MASTER CNU**

Direcionado para gerentes que ao optarem por esse benefício, serão incluídos compulsoriamente com acomodação em apartamento. O mesmo critério é adotado para seus dependentes.

- Neste caso o funcionário paga R\$ 50,00 (cinquenta reais) pelo titular e por cada dependente.

**C) PLANO LÍDER – UNIMED SEGUROS**

Direcionado para Diretores que ao optarem por esse benefício, serão incluídos compulsoriamente com acomodação em apartamento. O mesmo critério é adotado para seus dependentes.

- Neste caso o funcionário paga R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) pelo titular e por cada dependente.

38 - Não há dúvidas, portanto, que a assistência não é prestada a um grupo seleto de funcionários, não havendo provas concretas de que os planos de assistência médica concedidos pelo contribuinte visavam à concessão de ganhos habituais destinados a retribuir o trabalho de determinados funcionários.

39 - Nem se diga o contrário quanto ao plano HAPVIDA, alegado pela fiscalização que atende apenas a determinados funcionários, contudo verifica-se que o mesmo é destinado a prover a assistência médica de empregados com contrato de trabalho por prazo

determinado, no caso indicado no programa da empresa aos menores aprendizes, por uma questão óbvia, evitar que assim que atinjam a maioria e ocorra a extinção do contrato de trabalho (art. 433 da CLT), caso sejam contratados por prazo indeterminado consigam migrar para o plano da Unimed dos demais funcionários e não tenham que contar nova carência do plano, (vide Definições às fls. 2.952 HAP VIDA – Sistema de Movimentação para inclusão, alteração e exclusão de beneficiários), portanto, o intuito é de proteção ao obreiro e não distinção em relação ao trabalho.

## 2.2. HAP VIDA

Plano de livre escolha, destinado aos funcionários com contrato por prazo determinado, aprendizes em geral (apenas o titular) e/ou situações específicas previstas em acordo sindical, que devem optar pela adesão ao plano, dentro do prazo de 15 dias da admissão para não sofrer as carências contratuais. A adesão após tal prazo implicará no cumprimento de todas as carências previstas. Possui também cobertura para acidente de trabalho.

O desconto referente a esse convênio ocorre da seguinte forma:

| TIPO DE PLANO | APENAS TITULAR | TITULAR + 1 DEPENDENTE | TITULAR + 2 DEPENDENTE |
|---------------|----------------|------------------------|------------------------|
| Até o PISO    | ISENTO         | ISENTO                 | ISENTO                 |
| Acima do PISO | ISENTO         | 20% do valor do plano  | 20% do valor do plano  |

40 - Logicamente que a saúde de um indivíduo é algo que não se pode mensurar, por isso não se pode indicar que a cobertura deva ser homogênea ou equivalente na medida em que as operadoras dos planos de saúde tratam de vidas e com isso, uma universalidade humana em determinada região do país que a qualquer momento pode incorrer em necessidades especiais em vista da individualidade de cada caso. Por isso, não é possível constituir-se e assegurar um plano equivalente ou homogêneo para todos os funcionários. Como dizia o pensador Protágoras: “O homem é a medida de todas as coisas”.

41 – Por isso a Legislação que trata do tema Lei 9.656/98 define as coberturas mínimas a que os planos estão obrigados a manter, (art. 10) e já dispõe do mínimo necessário para tais coberturas a fim do segurado e consumidor final, no caso, não fique desamparado pelos hospitais da iniciativa privada.

42 – Não adentro aos aspectos do termo de sujeição passiva solidária TSPS aplicado na forma do artigo 30, X da Lei 8.212/91 por não ter sido objeto de defesa e de julgamento.

---

43 – Portanto, a meu ver voto pela manutenção da decisão de piso e pelos fundamentos acima indicados por negar provimento ao recurso de ofício.

### **Conclusão**

44 - Diante de todo o exposto, voto no sentido de conhecer do recurso de ofício e no mérito negar-lhe provimento.

*assinado digitalmente*

Marcelo Milton da Silva Risso – Relator

<sup>1</sup> Cfr. *Manual de Direito Fiscal I (Reimpressão), Manuais da Faculdade de Direito de Lisboa, Lisboa 1981, p. 22 e 23.*

<sup>2</sup> COMPARATO, Fábio Konder. *Direito empresarial: estudos e pareceres.* Saraiva, 1990