



Ministério da Economia
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



Processo nº 10380.727103/2014-51
Recurso Especial do Procurador
Acórdão nº 9202-009.924 – CSRF / 2ª Turma
Sessão de 23 de setembro de 2021
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 HOMOGÊNEA 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.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, em conhecer do Recurso Especial e, no mérito, por determinação do art. 19-E, da Lei nº 10.522, de 2002, acrescido pelo art. 28, da Lei nº 13.988, de 2020, em face do empate no julgamento, negar-lhe provimento, vencidos os conselheiros Pedro Paulo Pereira Barbosa (relator), Mário Pereira de Pinho Filho, Maurício Nogueira Righetti e Maria Helena Cotta Cardozo, que lhe deram provimento. Designada para redigir o voto vencedor a conselheira Rita Eliza Reis da Costa Bacchieri. Manifestou a intenção de apresentar declaração de voto o conselheiro Marcelo Milton da Silva Risso. Entretanto, findo o prazo regimental, não tendo o conselheiro apresentado referida declaração, essa deve ser tida como não formulada, nos termos do § 7º, do art. 63, do Anexo II, da Portaria MF nº 343/2015 (RICARF).

Assinado digitalmente

Maria Helena Cotta Cardozo – Presidente em exercício.

Assinado digitalmente

Pedro Paulo Pereira Barbosa - Relator.

Assinado digitalmente

Rita Eliza Reis da Costa Bacchieri - Relator

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Mario Pereira de Pinho Filho, Joao Victor Ribeiro Aldinucci, Pedro Paulo Pereira Barbosa, Marcelo Milton da Silva Risso, Mauricio Nogueira Righetti, Martin da Silva Gesto (suplente convocado), Rita Eliza Reis da Costa Bacchieri, Maria Helena Cotta Cardozo (Presidente em exercício). Ausente a conselheira Ana Cecilia Lustosa da Cruz, substituída pelo conselheiro Martin da Silva Gesto.

Relatório

Cuida-se de Recurso Especial interposto pela Fazenda Nacional em face do Acórdão nº 2201-003.736, proferido na Sessão de 04 de julho de 2017, e que negou provimento ao Recurso de Ofício, nos seguintes termos:

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.

O Acórdão foi assim ementado:

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 HOMOGÊNEA 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.

O recurso visa rediscutir a seguinte matéria: **incidência de contribuições previdenciárias sobre os valores pagos a título de plano de saúde sem isonomia entre os segurados.**

Em exame preliminar de admissibilidade, a presidente da Câmara de origem deu seguimento ao apelo.

Em suas razões recursais a Fazenda Nacional aduz, em síntese, que o § 9º. “q”, do art. 28, da Lei nº 8.212, de 1.991 prevê que a cobertura deve abranger a totalidade dos empregados e dirigentes e que, no caso, as coberturas são diferenciadas por grupos de pessoas; que o dispositivo deve ser interpretado literalmente, com amparo no art. 111, II, do CTN.

Cientificado do Recurso de Ofício, do Recurso Especial do Procurador e do Despacho que lhe deu seguimento em 16/11/2017 (e-fls. 3.303), a contribuinte apresentou, em 01/12/2017, as Contrarrazões de e-fls. 3.306 a 3.317, nas quais questiona, como preliminar, o conhecimento do recurso, sob a afirmação de que não houve demonstração de divergência.

Também apresentaram Contrarrazões, com o mesmo teor, as empresas NORDESTE REFRIGERANTES S/A e SOLARES BR PARTICIPAÇÕES S/A, apontadas da autuação como responsáveis solidárias; que diferentemente do Recorrido, no paradigma, o contribuinte não logrou comprovar que o plano de saúde era disponibilizado a todos

É o relatório.

Voto Vencido

Conselheiro Pedro Paulo Pereira Barbosa, Relator

O recurso é tempestivo e atende aos demais pressupostos de admissibilidade. Dele conheço. Sobre a afirmação feita em sede de Contrarrazões de que o recurso não demonstrou a divergência, anoto que tal afirmação não procede. Conforme bem exposto no despacho de admissibilidade do recurso, a divergência foi devidamente demonstrada mediante cotejo entre os acórdãos recorrido e paradigma.

Quanto ao mérito, a matéria em discussão é a incidência de Contribuição Previdenciária sobre verbas pagas a título de Plano de Saúde, considerada a circunstância de que os planos em questão não foram oferecidos à totalidade dos empregados. Mais especificamente, de que foram oferecidos planos diferentes, com diferentes cobertura, a grupos distintos de empregados. Para maior clareza, transcrevo trecho do Relatório Fiscal.

Analizando-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 HAP VIDA.

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.

O Acórdão Recorrido negou provimento ao Recurso de Ofício, corroborando entendimento do acórdão de primeira instância de que a empresa oferecida plano de saúde para a totalidade dos empregados e diretores, efetivos ou não, sendo irrelevante para determinar a não incidência da Contribuição Social o fato de a empresa oferecer planos com coberturas distintas para diferentes grupos de empregados e administradores.

Pois bem, o próprio Acórdão Recorrido transcreve as cláusulas dos acordos que tratam dos Planos de Saúde onde se pode contatar que, de fato, a empresa oferecia planos com cobertura distintas, mais ou menos abrangente, para determinadas categorias de empregados e dirigentes. Por exemplo, o Plano Master CNU era oferecido apenas aos gerentes, e o Plano Líder – UNIMED SEGURO, apenas aos diretores. Chama a atenção, inclusive que, no caso do Plano Básico, destinado à totalidade dos empregados, a parcela da contribuição do empregado é maior do que a parcela a ser paga pelos gerentes e diretores pelo planos de maior cobertura.

Ora, a condição referida no artigo 28, § 2º, “q” (na redação vigente à época dos fatos) para que o gasto com assistência à saúde não integre o salário-de-contribuição é de que a cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes. Confira-se:

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) (destaquei)

A norma é clara: para que os pagamentos com planos de saúde não integrem o salário-de-contribuição a cobertura deve abranger a totalidade dos empregados. Isso não significa dizer que tenha a empresa que adotar um único plano, com cobertura idênticas, mas que, na hipótese de haver planos com diferentes coberturas, estes sejam oferecidos a todos, indistintamente. Isto é, que caiba ao empregado optar pelo tipo de plano. Só assim se atende ao requisito da lei de que a “cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes da empresa”.

Note-se que a lei escolheu o termo “cobertura” e não o termo “plano de saúde”, ou outro similar, não por acaso. O termo “cobertura” refere-se aos serviços, procedimentos e comodidades disponibilizados pelo Plano aos seus contratantes, tais como, apartamento, UTI, tipos de exames, etc. Portanto, falar em cobertura que abranja a totalidade dos empregados não pode significar outra coisa que não a disponibilização a todos dos mesmos serviços/procedimentos/comodidades. Isso não impediria a empresa oferecesse planos com coberturas distintas, desde que fosse dada a oportunidade a todos de escolher a qual plano aderir.

No caso sob exame, contudo, como foi bem descrito no Relatório Fiscal, a empresa disponibilizava a categorias diferentes de empregados e dirigentes, de maneira restritiva, planos com diferentes coberturas. Portanto, não se pode afirmar de modo alguma que as coberturas mais abrangentes tenha sido oferecidas à totalidade dos empregados.

Essa questão já foi enfrentada por este Colegiado. Cito o Acórdão nº 9202-008.341, proferido na Sessão de 20 de novembro de 2019, de minha própria Relatoria, com a seguinte ementa, na parte pertinente:

ASSISTÊNCIA À SAÚDE. DIVERSIDADE DE PLANOS E COBERTURAS. Os valores relativos a assistência médica integram o salário-de-contribuição, quando os planos e as coberturas não são igualitários para todos os segurados.

Ainda no mesmo sentido, cito o Acórdão nº 9202-006.484, proferido na Sessão de 31 de janeiro de 2018, de Relatoria da Conselheira Maria Helena Cotta Cardozo.

Ante o exposto, conheço do Recurso Especial interposto pela Fazenda Nacional e, no mérito, dou-lhe provimento.

Assinado digitalmente
Pedro Paulo Pereira Barbosa

Voto Vencedor

Conselheira Rita Eliza Reis da Costa Bacchieri – Redatora-designada

Em que pese o bem fundamentado voto do Conselheiro Relator, dele divirjo por dar interpretação diversa para expressão “cobertura”, constante da alínea ‘q’ do parágrafo 9º do art. 28 da Lei nº 8.212/91, que trata dos requisitos para exclusão do valores pagos a título de planos de saúde aos funcionários do conceito de salário-de-contribuição. Segundo dispõe o artigo, na redação vigente na data da ocorrência do fato gerador, admite-se a exclusão da tributação tais valores “desde que a cobertura abranja a totalidade dos empregados e dirigentes da empresa”:

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) (destaquei)

Para uma melhor aplicação da norma, compatibilizando uma interpretação teleológica com a necessidade de a empresa substituir o poder público na prestação de serviços

essenciais ao cidadão, no caso ao trabalhador, entendo que o conceito cobertura adotado pela lei deve ser compreendido com a necessidade de se ofertar o plano a todos os empregados, ainda que por critérios objetos sejam ofertadas espécies de planos diferentes por categorias de empregados.

Considerando as limitações impostas pelos próprios planos, inclusive limitações geográficas e das redes credenciadas, não é razoável interpretar que a norma exija que um mesmo tipo de plano seja ofertado a todos os funcionários. Qual utilidade teria ofertar um plano de abrangência nacional se no local da filial da empresa, por exemplo localizado no interior do estado, não tiver médicos cadastrados para atendimento ou hospitais credenciados? A avaliação quanto aos tipos de planos e operadoras em geral observam o binômio custo x utilidade, ou seja, ofertar um plano com custo acessível (afinal haverá a coparticipação do empregado) observado o melhor atendimento possível. E não podemos perder de vista que, no caso concreto, a negociação da oferta do benefício foi precedida por negociações com o sindicato por meio da celebração de convenção coletiva.

Além dos fundamentos já apontados no acórdão recorrido, da lavra do Conselheiro Marcelo Milton da Silva Riso, cito ainda as razões de decidir da decisão da própria Delegacia de Julgamento no **acórdão nº 02-64.684**:

Já o sujeito passivo entende que basta ter cobertura a todos, não havendo impedimento em diferenciar a qualidade ou abrangência do plano em virtude do cargo ocupado pelo segurado.

A cobertura é a garantia de proteção contra o risco de determinado evento. Já o risco é um evento futuro, incerto e que independe da vontade das partes.

Para o custeio de um plano, cada risco deve ser considerado isoladamente, devendo o prêmio ou contribuição a ser pago pelo segurado (ou pela empresa, ou por ambos) ser calculado conforme os riscos contratados.

Assim, dependendo dos riscos acobertados, tem-se o montante devido pelo participante do plano para caso haja o sinistro (acontecimento do evento de risco previsto no plano), possa usufruir os benefícios propostos pelo plano contratado.

No caso dos planos de saúde, além dos riscos acobertados, também são oferecidas comodidades, como planos enfermagem ou apartamento, com ou sem reembolso de despesas médicas, reembolso de medicamentos etc. Tais comodidades também integram o cálculo da contribuição.

Logo, os riscos acobertados e as comodidades do plano importam no valor a ser pago pelo participante ou por ele e a patrocinadora (empresa que oferece o plano a seus empregados).

Portanto, dizer que a cobertura deve abranger a todos os empregados e dirigentes não significa que os riscos acobertados e as comodidades tenham que ser iguais para todos.

Aliás, caso assim o fosse, seria uma forma de burlar o dispositivo previsto em lei, acima transcrito, pois se o plano é também custeado pelo trabalhador e a empresa oferecesse somente um plano que cobrisse vários riscos e com muitas comodidades (mais caro), poderia incorrer na grande probabilidade dos segurados com menores salários não aderirem ao plano, podendo-se inferir que o plano, apesar de “oferecido para todos”, somente visaria a acobertar os trabalhadores com maiores salários.

Desta forma, não existe vedação legal à oferta de planos diferenciados para determinados trabalhadores (por exemplo, um plano para empregados e outro para dirigentes). Basta que sejam oferecidos a todos.

Tal divergência interpretativa já foi dirimida pela Câmara Superior de Recursos Fiscais, conforme julgado transcrito a seguir (Acórdão 9202-003.256 – Conselheiro Relator Gustavo Lian Haddad):

CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS. ASSISTÊNCIA MÉDICA / PLANO / SEGURO SAÚDE. COBERTURA. ABRANGÊNCIA A TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES DA EMPRESA. EXIGÊNCIA ÚNICA. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO DE COBERTURA IGUAL PARA TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES.

A condição estabelecida no art. 28, § 9º, alínea “q” da Lei 8.212/91 para que não se incluam no salário de contribuição e não sejam objeto de incidência de contribuição previdenciária os valores relativos 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, é que exista cobertura abrangente a todos os empregados e dirigentes da empresa.

Exigir que haja cobertura a todos os empregados e dirigentes da empresa é diferente de exigir que haja a mesma cobertura a todos estes funcionários. A condição imposta pelo legislador para a não incidência da contribuição previdenciária é, simplesmente, a existência de cobertura que abranja a todos os empregados e dirigentes, não cabendo ao intérprete estabelecer qualquer outro critério discriminativo.

Recurso especial negado.

Nesse sentido também o Acórdão 2301-004.241 – 3ª Câmara / 1ª Turma Ordinária, julgado em 2/12/14, Conselheiro relator Adriano Gonzáles Silvério:

CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. ABRANGÊNCIA A TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES DA EMPRESA. EXIGÊNCIA ÚNICA. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO DE COBERTURA IGUAL PARA TODOS OS EMPREGADOS E DIRIGENTES.

A condição estabelecida no art. 28, § 9º, alínea “q” da Lei 8.212/91 para que não se incluam no salário de contribuição e não sejam objeto de incidência de contribuição previdenciária os valores relativos à assistência prestada por serviço médico ou odontológico, próprio da empresa ou por ela conveniado é que exista cobertura abrangente a todos os empregados e dirigentes da empresa.

Exigir que haja cobertura a todos os empregados e dirigentes da empresa é diferente de exigir que haja a mesma cobertura a todos estes funcionários. A condição imposta pelo legislador para a não incidência da contribuição previdenciária é, simplesmente, a existência de cobertura que abranja a todos os empregados e dirigentes, não cabendo ao intérprete estabelecer qualquer outro critério discriminativo.

A condição estipulada pelo legislador na Lei 8.212/91, art. 28, § 9º, alínea “q” restou atendida pelo fato de haver cobertura de assistência médica e/ou plano de saúde a todos os empregados e dirigentes da empresa, ainda que os riscos acobertados sejam diferentes entre si.

Assim, não é necessário que a cobertura disponibilizada pela empresa seja a mesma para todos os grupos de colaboradores, basta que haja cobertura e que ela abranja a todos os

empregados e dirigentes para que seja determinada a não inclusão dos valores correspondentes à assistência médica ou ao plano de saúde no cômputo do salário-de-contribuição e a consequente não incidência de contribuições previdenciárias.

A condição estabelecida no dispositivo legal acima transcrito se limita à exigência de que exista cobertura abrangente a todos os empregados e dirigentes da empresa.

Exigir que haja cobertura a todos os empregados e dirigentes da empresa é diferente de exigir que haja **a mesma** cobertura a todos estes funcionários.

A condição imposta pelo legislador para a não incidência da contribuição previdenciária é, simplesmente, a existência de cobertura que abranja a todos os empregados e dirigentes. A condição assim delineada está em acordo com a finalidade da norma de não incidência condicionada, que é a de garantir a isonomia entre todos os empregados e dirigentes.

Caso o legislador tivesse estabelecido exigência de que a empresa disponibilizasse cobertura de assistência médica ou plano de saúde igual, do mesmo tipo, nos mesmos termos e condições, a todos os seus empregados e dirigentes, certamente o princípio da igualdade teria sido aplicado em uma graduação maior.

Contudo, o legislador não foi omissor em estabelecer o critério mínimo necessário de atendimento do princípio da igualdade para a não incidência de contribuições previdenciárias. O critério distintivo eleito pelo legislador foi o da abrangência da cobertura a todos os empregados e dirigentes.

Diante de uma opção expressa, razoável e proporcional do legislador, não cabe ao intérprete acrescentar requisitos discriminativos adicionais. Descabe, pois, no caso dos autos, distinguir casos em que as coberturas disponibilizadas a todos os empregados e dirigentes diferem em qualidade, pois este critério distintivo foi dispensado pelo legislador.

Diante do exposto, nego provimento ao recurso da Fazenda Nacional.

Assinado digitalmente

Rita Eliza Reis da Costa Bacchieri