



MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONSELHO ADMINISTRATIVO DE RECURSOS FISCAIS
TERCEIRA SEÇÃO DE JULGAMENTO

Processo nº 10920.723356/2013-10
Recurso nº De Ofício
Acórdão nº 3201-001.739 – 2ª Câmara / 1ª Turma Ordinária
Sessão de 17 de setembro de 2014
Matéria PIS COFINS
Recorrente FAZENDA NACIONAL
Interessado UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDIO

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL - COFINS

Período de apuração: 01/01/2009 a 31/12/2011

TRIBUTÁRIO. COFINS. BASE DE CÁLCULO. PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES. INDENIZAÇÕES EFETIVAMENTE PAGAS. INTERPRETAÇÃO DO DISPOSITIVO LEGAL.

As operadoras de planos de assistência à saúde podem deduzir da base de cálculo da Cofins a totalidade 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. Não é permitida a exclusão da base de cálculo de valores referentes à rede própria.

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

Período de apuração: 01/01/2009 a 31/12/2011

TRIBUTÁRIO. PIS. BASE DE CÁLCULO. PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES. INDENIZAÇÕES EFETIVAMENTE PAGAS. INTERPRETAÇÃO DO DISPOSITIVO LEGAL.

As operadoras de planos de assistência à saúde podem deduzir da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep a totalidade 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. Não é permitida a exclusão da base de cálculo de valores referentes à rede própria.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/09/2001

Autenticado digitalmente em 30/09/2014 por CARLOS ALBERTO NASCIMENTO E SILVA PINTO, Assinado digitalmente em 09/10/2014 por JOEL MIYAZAKI, Assinado digitalmente em 30/09/2014 por CARLOS ALBERTO NASCIMENTO E SILVA PINTO

Impresso em 10/10/2014 por RECEITA FEDERAL - PARA USO DO SISTEMA

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, em dar provimento parcial ao recurso, nos termos do relatório e votos que integram o presente julgamento.

JOEL MIYAZAKI - Presidente.

CARLOS ALBERTO NASCIMENTO E SILVA PINTO - Relator.

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Joel Miyazaki (presidente), Winderley Moraes Pereira, Daniel Mariz Gudino, Carlos Alberto Nascimento e Silva Pinto, Ana Clarissa Masuko dos Santos Araújo e Luciano Lopes de Almeida Moraes.

Relatório

Por bem descrever a matéria de que trata este processo, adoto e transcrevo abaixo o relatório que compõe a Decisão Recorrida.

*Trata o presente processo dos Autos de Infração, lavrados em 08/10/2013, pela Delegacia da Receita Federal em Joinville – SC (DRF – Joinville), no montante de **R\$ 23.320.563,83**, relativos ao PIS/Pasep e à Cofins, conforme a descrição abaixo:*

*- **Cofins** com o crédito tributário total de R\$ 19.167.095,98, calculado até agosto de 2013, sendo R\$ 9.428.686,63 de principal (Contribuição), R\$ 7.071.515,02 de multa de ofício de 75,00 % e R\$ 2.666.894,33 de juros de mora, relativo aos períodos de apuração de janeiro de 2009 a dezembro de 2011;*

*- **Contribuição para o PIS/PASEP** com o crédito tributário total de R\$ 4.153.467,85, calculado até agosto de 2013, sendo R\$ 2.043.197,08 de principal (Contribuição), R\$ 1.532.397,84 de multa de ofício de 75,00 % e R\$ 577.872,93 de juros de mora, relativo aos períodos de apuração de janeiro de 2009 a dezembro de 2011;*

Referidos créditos tributários, conforme os apontamentos constantes dos autos de infração (quadro “Descrição dos Fatos e Enquadramento Legal”) e do Termo de Verificação de fls. 2.444 a 2.465 tiveram por base o procedimento fiscal MPF nº 09202.00.2013.001490 e foram constituídos em virtude de ausência de recolhimento das contribuições para o PIS/Pasep e da Cofins, bem como de declaração dos débitos (em DCTF), decorrentes de deduções indevidas nas bases de cálculo das citadas contribuições.

Relata a autoridade fiscal que, ao realizar a auditoria na empresa, identificou dedução incorreta nas bases de cálculo das contribuições (PIS e Cofins) relativamente a norma prevista no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei 9.718/98 (incluído pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001), o qual permite às operadoras de planos de assistência à saúde a dedução do “valor relativo às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.” Assevera que a contribuinte realizou dedução em desacordo com o

jurisprudência administrativa a respeito do citado dispositivo legal, uma vez que, além das contas de repasse a outras operadoras (contas contábeis do grupo 442), foram considerados a quase totalidade dos custos da cooperativa (registradas no grupo contábil 4.1).

A interessada foi cientificada dos lançamentos tributários, em 08/10/2013, por meio de ciência pessoal (nos próprios autos de infração), e apresentou, em 06/11/2013, impugnação cuja teor é resumido a seguir.

Inicialmente, no tópico “I DOS ARGUMENTOS APRESENTADOS PELA FISCALIZAÇÃO PARA FUNDAMENTAR O MANDADO DE PROCEDIMENTO FISCAL – FISCALIZAÇÃO nº 09.2.02.002013001490”, a interessada faz um breve relato sobre a motivação utilizada pela autoridade fiscal para efetuar os lançamentos e disse que a fiscalização aplicou a jurisprudência administrativa pela qual se entende que “o inciso III, do § 9 do art. 3º da Lei 9.718/98, incluído pela Medida Provisória nº 2.15835, de 2001 refere-se apenas a operações com associados de outras operadoras, ou seja, somente o que é pago a terceiro para prestar a assistência médica ao beneficiário do plano de saúde”. (Grifos nos originais).

Na seqüência, no tópico “DO ENTENDIMENTO DA OPERADORA NOTIFICADA DO REAL ALCANCE DA DEDUÇÃO PREVISTA NO INCISO III, DO § 9º DO ARTIGO 3º DA LEI Nº 9.718/1998, a interessada defende o direito a realização das deduções nos moldes em que as mesmas foram realizadas. Diz, primeiramente, que jamais agiu com a intenção de recolher as contribuições de forma insuficiente e que seu entendimento sempre foi no sentido de que o citado dispositivo legal “inclui o pagamento dos custos decorrentes da prestação de assistência médica aos próprios beneficiários dos planos (associados, contratantes, consumidores).” (Grifos nos originais). Relata que referido entendimento é fundamentado no conceito sobre “eventos ocorridos”, expressado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e na interpretação de artigo semelhante, da mesma Lei 9.718/98, aplicado às sociedades seguradoras. Sustenta que a parte final do citado inciso III não restringe a interpretação da primeira parte do mesmo de forma a alcançar apenas os pagamentos realizados para a cobertura de eventos suportados em face dos usuários de outras operadores de planos de saúde. Por último, colaciona Acórdãos administrativo e judiciais que corroboram o seu entendimento sobre a matéria e diz que o auto de infração deve ser revisto.

No tópico a seguir, “III – DA RATIFICAÇÃO DO ENTENDIMENTO DA OPERADORA DE SAÚDE FISCALIZADA COM O ADVENTO DA LEI Nº 12.873/2013 QUE DETALHA A BASE DE CÁLCULO DO PIS/COFINS”, argumenta que o art. 19 da citada lei, sancionada em 25/10/2013, ratifica a posição sustentada pela impugnante. Diz

que a nova lei, em termos práticos, absorveu o entendimento que a operadora de saúde vinha aplicando, ou seja, “a possibilidade de deduções da base de cálculo de todo o grupo contábil 4.1, que congrega quase a totalidade de custos da cooperativa, além das contas de repasse a outras operadoras (contas contábeis do grupo 442).” Registra, por fim, que a nova norma trata-se de legislação interpretativa, devendo ser aplicada a retroatividade prevista no art. 106, incisos I e II, do Código Tributário Nacional.

No último tópico, “III – DOS PEDIDOS”, pede que o afastamento do procedimento fiscal impugnado, em face de não existir qualquer insuficiência de recolhimento das contribuições, e, alternativamente, a aplicação retroativa do art. 19 da Lei nº 12.873/2013, em consonância com o disposto no artigo 106 do Código Tributário Nacional.

Sobreveio decisão da 3ª Turma da Delegacia da Receita Federal de Julgamento em Curitiba/PR, que julgou, por unanimidade de votos, procedente a impugnação, exonerando o crédito tributário exigido. Os fundamentos do voto condutor do acórdão recorrido encontram-se consubstanciados na ementa abaixo transcrita:

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL COFINS

Período de apuração: 01/01/2009 a 31/12/2011

TRIBUTÁRIO. COFINS. BASE DE CÁLCULO. PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES. INDENIZAÇÕES EFETIVAMENTE PAGAS. INTERPRETAÇÃO DO DISPOSITIVO LEGAL.

As operadoras de planos de assistência à saúde podem deduzir da base de cálculo da Cofins, 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.

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

Período de apuração: 01/01/2009 a 31/12/2011

TRIBUTÁRIO. PIS/PASEP. BASE DE CÁLCULO. PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES. INDENIZAÇÕES EFETIVAMENTE PAGAS. INTERPRETAÇÃO DO DISPOSITIVO LEGAL.

As operadoras de planos de assistência à saúde podem deduzir da base de cálculo do 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.

O processo foi encaminhado a este Conselho Administrativo de Recursos Fiscais (CARF) para reexame necessário desta decisão.

É o relatório.

Voto

Conselheiro Carlos Alberto Nascimento e Silva Pinto

O recurso de ofício atende aos requisitos de admissibilidade, razão pela qual dele tomo conhecimento.

Conforme salientado na decisão recorrida, a lide restringe-se a definir a amplitude das deduções à base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins devidas por operadoras de plano de assistência à saúde previstas no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei 9.718/98, incluído pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 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 2.158-35, de 2001)

(Grifo nosso)

A autoridade fiscal efetuou o lançamento com base no entendimento que de que a dedução permitida pelo referido dispositivo legal restringe-se às transferências de responsabilidade, ou seja, somente os valores que são pagos a terceiros para prestar a assistência médica ao beneficiário do plano de saúde.

Observa-se, contudo, que este entendimento encontra-se superado por expressa determinação legal, qual seja o §9º A do artigo em comento, incluído pela Lei nº 12.873/2013, que possui a seguinte redação:

Art. 3º.

[...]

§ 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. (grifo nosso)

Desta forma, as operadoras de planos de assistência à saúde estão autorizadas a deduzir a totalidade dos custos assistenciais efetivamente pagos decorrentes da utilização da cobertura assistencial à saúde, por elas oferecidas aos seus próprios beneficiários, bem como aos beneficiários de outras operadoras, via transferência de responsabilidade.

Ressalta-se que referido dispositivo, dado seu caráter interpretativo, tem aplicação em relação aos fatos geradores abarcados neste lançamento.

A recorrente, ao seu turno, considerou em relação a esta decisão todo o grupo contábil 4.1, que congrega quase a totalidade dos custos da cooperativa, além das contas de repasse a outras operadoras (contas contábeis do grupo 442).

O procedimento da recorrente, contudo, também se mostra contrário aos dispositivos legais, posto que os valores relativos aos eventos prestados diretamente pela rede própria – sem intermediário e sem pagamento direto – não são deduzidos da base de cálculo das contribuições.

Neste ponto, dada a clareza e a lucidez com que a matéria foi tratada pela Conselheira Fabiola Cassiano Keramidas na relatoria do acórdão nº 3302-001.765, proferido pela 2ª Turma da 3ª Câmara da 3ª Seção deste CARF em sessão datada de 21/08/2012, transcrevo parte deste voto, ao qual adoto como fundamento para o presente julgamento:

[...]

A despeito do entendimento que vêm sendo apresentado pela fiscalização, conforme se depreende do Plano de Contas da ANS, os eventos ocorridos estão sim definidos na conta “4.1. EVENTOS INDENIZÁVEIS LÍQUIDOS / SINISTROS RETIDOS”. E trata-se de identidade de classificação, é exatamente este termo – eventos – que permite a interpretação que a intenção da lei é alcançar esta rubrica contábil.

Várias OPS aplicam este entendimento de forma genérica e excluem da base de cálculo o valor referente ao inteiro teor da conta “4.1.1. EVENTOS CONHECIDOS / INDENIZAÇÕES AVISADAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR”.

Todavia, também não coaduno com este entendimento. É que entendo que, como se trata de benefício fiscal, a lei deve ser analisada em seus termos literais, lembrando que no ordenamento jurídico não há palavras inúteis.

A rubrica 4.1.1. contém registros dos custos incorridos com a rede própria e a rede contratada (no caso terceiros simplesmente credenciados, não congêneres). Ocorre que entendo que os custos com a rede própria não estão incluídos no dispositivo de desoneração legal. Explico.

Conforme se depreende do texto legal, o inciso III permite a dedução do “...valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos...” 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.

Em aspectos práticos, para fim de atender as determinações da ANS, a sistemática de procedimento das empresas de saúde geralmente obedece ao seguinte critério:

(1)	<i>O credenciado presta o serviço para o beneficiário;</i>	<i>Janeiro /XI</i>
(2)	<i>após o serviço prestado, este credenciado informa à OPS, apresentando a documentação suporte necessária para o ressarcimento do custo, já que a credenciada trabalha por evento (ao contrário da congênere). A OPS reconhece a despesa quando desse aviso/notificação.</i>	<i>Fevereiro/XI</i>
(3)	<i>apenas após validar a informação da credenciada a OPS realiza o pagamento.</i>	<i>Março/XI</i>

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. Por exemplo, é com base nesta informação que são feitos os cálculos dos valores que precisarão ser provisionados (as mencionadas Provisões Técnicas que garantem o atendimento aos beneficiários); assim como são controladas as alterações de produto (descredenciamento/alteração de rede credenciada). Pode-se citar, ainda, o cruzamento de informações com o SUS (que é uma espécie de terceiro, uma vez que as operadoras precisam ressarcir-lo na hipótese da Rede pública de atendimento médico vir a atender beneficiários das OPS).

Neste diapasão, os eventos ocorridos em janeiro/XI, serão reconhecidos contabilmente em fevereiro/XI, quando AVISADOS, e efetivamente pagos a partir de março/XI, quando da validação e aprovação final das contas apresentadas para a OPS, sendo impossível qualquer outro procedimento.

Este procedimento específico tem uma razão de ser. Até o momento do pagamento podem ocorrer e efetivamente ocorrem – glosas. Assim, na hipótese de o legislador permitir a contabilização e dedução do valor AVISADO, estaria utilizando valor não definitivo. Por outro giro, ao utilizar o valor PAGO, a legislação adota o custo efetivo do evento, não o valor

informado pelo credenciado, mas aquele efetivamente aceito pela OPS contratante e efetivamente pago.

Pode-se dizer que, com este procedimento, o legislador buscou os números finais mais objetivos possíveis, pois a partir do pagamento entende-se incabível qualquer tipo de reajuste. Esta “apuração do número final”, inclusive, permite a rastreabilidade dos valores envolvidos, por ser um número definitivo. Procedimento diverso significaria a contabilização de números preliminares sujeitos a ajustes nos meses seguintes, o que macularia a objetividade da apuração da referida exclusão.

*É uma espécie de exceção aos regimes de caixa e competência, e por isso que se tornou imperioso ao legislador reconhecer a especificidade do setor e determinar que apenas poderia ser deduzido o valor das **“indenizações referentes a evento ocorrido efetivamente pago”**, 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.*

É exatamente em razão desta especificidade de procedimento do setor que discordo do raciocínio de exclusão total e genérica da conta 4.1.1. É que não são todos os eventos registrados naquela rubrica que podem, a meu ver, ser considerados como “indenizações” ou “eventos ocorridos, efetivamente pagos”. A Rede Própria consiste no exercício direto do serviço médico, incluindo portanto todos os custos e despesas operacionais decorrentes da utilização de hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios, serviços de imagem, inclusive folha de salário dos empregados médicos e paramédicos, depreciação dos imóveis operacionais,...., das OPS. Para tais, não há como tratá-los nos limites de definição ao termo “indenização”.

*Estes eventos não são “indenizados” pelas OPS, mas sim **custeados** por ela. A folha de pagamento salarial não precisa ser avisada ou aguardar qualquer procedimento de confirmação para ser “efetivamente paga”, é simplesmente elaborada pelas OPS e paga, de forma automática, todos os meses, como em qualquer outra empresa.*

Não me parece, ao conhecer o procedimento do setor, que os valores referentes à rede própria estejam dentre aqueles imaginados pelo legislador, e esta interpretação decorre justamente da análise dos termos legais.

Todavia, é visível a identidade dos dizeres apostos no inciso III com o procedimento adotado para os credenciados. Indiscutível que são estes os valores cuja exclusão foi pretendida pelo legislador. Os credenciados – não congêneres – atuam por evento, e recebem o pagamento para cada serviço prestado, após estar efetivamente confirmado pela OPS contratante.

*Todavia, é preciso atentar para o fato de que não são todos os eventos **AVISADOS** pelos terceiros que serão deduzidos, mas apenas aqueles **efetivamente pagos**, por isso se considera a conta contábil de resultado.*

Reitero que não se trata de discutir o conceito de faturamento para as OPS, esta questão já foi superada quando definida a base de cálculo. Trata-se de dar efetividade à intenção do legislador que foi, claramente, beneficiar esse setor de saúde com a exclusão de determinados valores da base de cálculo constituída para pagamento dos tributos em tela (justamente do valor total do faturamento).

Ante os esclarecimentos expostos, entendo que o inciso III, do parágrafo 9º, do artigo 3º, da Lei nº 9.718/98 determinou com absoluta clareza a exclusão dos valores efetivamente pagos aos terceiros (rede credenciada e SUS), não congêneres, os quais se coadunam exatamente com os dispositivos legais mencionados.

*No que se refere à mencionada **ADIÇÃO**, também presente neste inciso, mais uma vez deparamo-nos com o conceito de transferência de responsabilidade. Conforme já analisado, tem-se a transferência de responsabilidade quando a outra OPS e exerce a função de CONGÊNERE, ou seja, a mesma função da OPS que a contratou, respondendo inclusive civil e penalmente pela prestação do serviço médico. No caso, assim como a Recorrente contrata terceiros para lhe prestar serviços, no exercício de suas atividades é contratada por outras empresas para atender aos beneficiários destas. A OPS contratada assume a totalidade dos RISCOS no atendimento médico hospitalar de determinados usuários da OPS contratante.*

Dessa forma, as partes estabelecem o valor que a contratada deverá faturar contra a contratante, usualmente em função das quantidades de beneficiários a serem assistidos e o tipo do plano de saúde (hospitalar, ambulatorial,...).

É cediço que tais contratações são muito comuns neste segmento em virtude da necessária abrangência geográfica dos planos de saúde. É certo que as pessoas estão em constante movimento, e esta mobilidade faz com que, às vezes, tenham que ser atendidas em locais (cidades/estados) diversos daqueles onde a OPS que mantém seu plano de saúde possui estabelecimento, bem como os clientes corporativos que mantém filiais e empregados em vários municípios brasileiros, onde a OPS contratada pelo cliente empresarial, não tem estabelecimento. Assim, para poder atender aos seus beneficiários, e com a devida autorização da ANS, as OPS se servem de outras empresas de saúde, as quais terão condições de atender o beneficiário de acordo com as especificidades e nos locais que estes necessitem.

A meu ver, é evidente que esta receita – mensalidade recebida pela Recorrente para atender beneficiários, ainda que de terceiros – é faturamento da Recorrente.

Está vinculado ao objeto social da entidade e resulta de sua prestação de serviços. Todavia, assim como exposto alhures, os valores relativos a esta receita, nos termos do Plano de Contas da ANS, não estão registrados no GRUPO 3, que é o vinculado às RECEITAS, ao contrário, estão registrados no GRUPO 4, que é rubrica de CUSTOS e DESPESAS.

Neste aspecto, as receitas advindas do FATURAMENTO da OPS contratada como congênere (empresas pertencentes ao mesmo gênero da Recorrente) contra a OPS que a contratou, é classificada contabilmente como uma rubrica redutora dos Custos e Despesas, in verbis:

“ CONTA: 4.1.2.3

(-) RECUPERAÇÃO / RESSARCIMENTO DE EVENTOS/ SINISTROS EM CO-RESPONSABILIDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR”

Registro que esta é a exata contraposição da conta contábil 3.1.1.7. conta redutora das Receitas que está expressamente excluída da tributação, conforme inciso I – razão pela qual é necessário o seu reconhecimento e inclusão na base de cálculo dos tributos em questão. Ao obrigar a tributação sobre os valores recebidos a título de transferência de responsabilidades, a legislação garante que aquele que efetivamente prestou o serviço, seja tributado.

Parece-me claro que, em relação a este item o legislador pretendeu “ajustar” a base de cálculo do PIS e da COFINS das operadoras de saúde para que a tributação recaísse sobre o seu faturamento total, uma vez que a sua aposição em conta redutora de custos e despesas podia evitar que fosse tributado pelo PIS e Cofins, mesmo consistindo faturamento da operadora.

Diante de todo o exposto, voto pelo provimento parcial do recurso de ofício, devendo ser abatido da base de cálculo dos tributos a totalidade 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. A exclusão, contudo, não abrange os valores referentes à rede própria, posto não corresponderem a indenizações.

Carlos Alberto Nascimento e Silva Pinto - Relator