



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

**Processo n°** 13864.000243/2010-18  
**Recurso n°** Voluntário  
**Acórdão n°** 3403-003.124 – 4ª Câmara / 3ª Turma Ordinária  
**Sessão de** 24 de julho de 2014  
**Matéria** PIS-COFINS  
**Recorrente** POLICLIN SA SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES  
**Recorrida** FAZENDA NACIONAL

**ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP**

Ano-calendário: 2006, 2007, 2008

Ementa: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP. INCIDÊNCIA. FATURAMENTO.

Constituem faturamento das Operadoras de Plano de Saúde (sejam ou não cooperativas), para efeito de incidência da Contribuição para o PIS/PASEP, os valores cobrados a título de mensalidades/prestações dos clientes (beneficiários do plano de saúde), e das prestações de serviços médicos com sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatórios, consultórios, etc.) por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde).

CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES DA BASE DE CÁLCULO.

A dedução prevista no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/1998 alcança não só não só os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzido dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.

**ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL - COFINS**

Ano-calendário: 2006, 2007, 2008

COFINS. INCIDÊNCIA. FATURAMENTO.

Constituem faturamento das Operadoras de Plano de Saúde (sejam ou não cooperativas), para efeito de incidência da COFINS, os valores cobrados a título de mensalidades/prestações dos clientes (beneficiários do plano de saúde), e das prestações de serviços médicos com sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatórios, consultórios, etc.) por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde).

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

A dedução prevista no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/1998 alcança não só não só os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzido dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por maioria de votos, em dar provimento parcial ao recurso para reconhecer o direito de o contribuinte incluir na dedução prevista no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 não só os pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade, não acatando a dedução de valores referentes a atendimento com a rede própria. Vencidos os Conselheiros Domingos de Sá Filho (relator) e Luiz Rogério Sawaya Batista. Designado o Conselheiro Rosaldo Trevisan. Apresentaram declarações de voto os Conselheiros Luiz Rogério Sawaya Batista e Ivan Allegretti. Sustentou pela recorrente a Dra. Mirian Teresa Pascon, OAB/SP nº 132.073.

Antonio Carlos Atulim - Presidente.

Domingos de Sá Filho - Relator.

ROSALDO TREVISAN - Redator designado.

Luiz Rogério Sawaya Batista

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Antonio Carlos Atulim (presidente da turma), Alexandre Kern, Domingos de Sá Filho (relator), Rosaldo Trevisan (redator designado), Luiz Rogério Sawaya Batista e Ivan Allegretti.

**Relatório**

Trata-se Recurso Voluntário interposto visando modificar a decisão de piso que manteve na íntegra o lançamento exigindo Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e ao Programa de Integração Social (PIS), formalizada no auto de infração de fls. 144/178, relativos aos fatos geradores do período de 01.01.2006 a 31.12.2008.

Cuida-se de operadora de planos de assistência à saúde, cuja acusação é de que houve deduções indevidas de despesas operacionais da receita bruta que compõe a base de cálculo na apuração do PIS e da COFINS, estranhas aquelas permitidas pela norma do § 9º do

art. 3º da Lei nº 9.718/98, co-responsabilidade cedidas; a parcela das contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas e o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.

Diz o agente fiscal que o procedimento indevido encontra na dedução total de despesas e custos relativamente ao atendimento dos clientes da recorrente e de outras operadoras em rede própria:

*“Verifica-se assim que, nos anos de 2006 e de 2007, a título de indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades”, a empresa efetuou deduções correspondentes a todos os pagamentos que fez a hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais da saúde “associados ao plano de saúde Policlin, S/A pelos atendimentos por eles feitos tanto aos conveniados com o próprio plano de saúde Policlin S/A, como aos conveniados com outras operadoras transferidos para o plano de saúde Policlin S/A.”.*

*2.1.13. Verifica-se também que, no ano de 2008, a título de indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades”, a empresa, além de efetuar deduções correspondentes a todos os pagamentos que fez a hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais da saúde associados ao plano de saúde Policlin S/A pelos atendimentos por eles feitos tanto aos conveniados com o próprio plano de saúde Policlin S/A, como aos conveniados com outras operadoras transferidos temporariamente para o plano de saúde Policlin S/A, também efetuou deduções referentes aos custos dos atendimentos feitos pelo Hospital Policlin tanto aos conveniados com o próprio plano de saúde Policlin S/A, como aos conveniados com outras operadoras transferidos para o plano de saúde Policlin S/A. Nesse ano, a empresa, também efetuou deduções referentes as co-responsabilidades transferidas (valores cobrados da operadora Policlin S/A pela operadora de outra região pela assunção do risco de atendimento aos beneficiários do plano de saúde Policlin S/A, que lhe foram repassados).*

*2.1.14. Esse procedimento da empresa, referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades”, não está correto, conforme será demonstrado a seguir”*

Textualmente a Recorrente só diverge do lançamento quanto ao inciso III do parágrafo 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98, inexistindo qualquer discussão relativa aos incisos I e II.

Assim, a matéria submetida ao exame está concentrada: **“o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades”**.

A discordância trazida pela interessada centra, segundo consta da Impugnação, quanto à conclusão do Auditor-Fiscal de que nenhum valor pode ser deduzido com base no inciso III do parágrafo 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98, referente aos custos dos atendimentos feitos pelos hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais ou serviços relacionados à saúde aos associados ao plano de quando tais serviços (eventos), são prestados aos conveniados do próprio plano de saúde Policlín.

Sustenta a recorrente que inexistente dispositivo legal condicionante capaz de constituir obstáculo as deduções e tampouco há margem para uma interpretação restritiva — onde restrição não existe — do inciso III do parágrafo 9º do artigo 3º da Lei nº 9.718/1998.

Diz ainda:

*“Importante destacar, para um perfeito entendimento da problemática do assunto, o texto do inciso III do § 9º em duas partes. Primeiramente: devemos consolidar a compreensão da expressão ‘indenizações correspondentes aos eventos ocorridos’. E o que são eventos? Com a palavra a ANS, órgão regulador das atividades de assistência suplementar à saúde. A Agência, a quem cabe regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de assistência suplementar à saúde (art. 12 da Lei n. 9.961, de 28/01/2000), já se manifestou a respeito, ao responder consulta de empresa regularmente registrada naquela autarquia — Vida Saudável S/C Ltda. Vejamos o extrato do Ofício nº 53/2007/DIR.ADJ/DIOPE/ANS, de 19 de junho de 2007 (Anexo 3)”*:

*"Neste sentido, cumpre enfatizar que os eventos indenizáveis correspondem a toda e qualquer forma de cobertura de custos médicos oferecidos por uma operadora de planos de assistência de saúde e seus associados, tais como, consultas, exames laboratoriais, diagnósticos por imagens, procedimentos cirúrgicos, internações, fornecimento de próteses e órteses, etc. Estas coberturas podem ser oferecidas pelas operadoras através de uma rede de profissionais médicos, centros diagnóstico, hospitais e clínicas credenciada, ou através de unidades próprias de atendimento. A adoção da nomenclatura "Eventos Indenizáveis" — para classificar a cobertura de custos médicos oferecidos pelas operadoras — baseia-se na relação estabelecida entre esta e seus clientes, no momento da celebração do contrato que rege esta operação. Com efeito, através deste instrumento contratual, a operadora, mediante o pagamento de uma mensalidade ou prêmio, constitui a obrigação de indenizar ou cobrir os custos médicos realizados por seus clientes, seja na rede terceirizada (credenciada) seja nas unidades próprias de atendimento."*

Argumenta, ainda, ser nulo o lançamento em decorrência de consulta a COSIT sobre a matéria pelo Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE, ao qual é filiada, buscando uma interpretação a respeito da legislação tributária, motivo pelo qual não poderiam ter sido aplicados multa e juros de mora.

Por derradeiro, solicita realização de diligência com o objetivo de esclarecer as questões formuladas às fls. 221/222.

A decisão recorrida aborda inicialmente alegação de nulidade em razão da consulta, e, rejeita com arrimo no entendimento expresso pela Instrução Normativa nº 740, de 2007, reportando ao art. 14:

*“Art. 14. A consulta eficaz, formulada antes do prazo legal para recolhimento de tributo, impede a aplicação de multa de mora e de juros de mora, relativamente à matéria consultada, a partir da data de sua protocolização até o trigésimo dia seguinte ao da ciência, pelo consulente, da Solução de Consulta.*

*§ 1º Quando a solução da consulta implicar pagamento, este deverá ser efetuado no prazo referido no caput.*

*§ 2º Os efeitos da consulta que se reportar a situação não ocorrida, somente se aperfeiçoarão se o fato concretizado for aquele sobre o qual versou a consulta previamente formulada.*

*§ 3º Os efeitos da consulta formulada pela matriz da pessoa jurídica estender-se-ão aos demais estabelecimentos.*

*§ 4º No caso de consulta formulada por entidade representativa de categoria econômica ou profissional em nome dos associados ou filiados, os efeitos referidos neste artigo somente os alcançarão depois de cientificada a consulente da solução da consulta”.*

Conclui, assim, que a instalação do procedimento fiscal bem como a constituição do crédito tributário foram legítimos do ponto de vista do Processo Administrativo Fiscal.

No mérito, rechaça os argumentos trazidos em Impugnação, sustentando que os valores demonstrados pela fiscalização tratam-se de deduções indevidas em razão de se referirem a desembolsos realizados pela operadora de plano de assistência à saúde a profissionais e a empresas conveniadas por eventos (consultas, exames, internações, etc) ocorridos com seus próprios associados. Assim como entende não dedutíveis despesas por evento ocorridos com associados e atendidos no hospital do próprio plano de assistência.

Em razões recursais a empresa reprisa os argumentos de impugnação, pede nulidade do lançamento, informa que o processo de consulta tomou o número 11610.004105/2009-12, que foi intimada da decisão em dezembro de 2010, e tece também os fatos mencionados na consulta, informando que apresentou pedido de esclarecimento. Supervenientemente, fez juntar alteração produzida pela Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, que emprestou interpretação ao inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98.

É o relatório.

## Voto Vencido

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001

Autenticado digitalmente em 08/12/2014 por DOMINGOS DE SA FILHO, Assinado digitalmente em 15/12/2014

por ANTONIO CARLOS ATULIM, Assinado digitalmente em 08/12/2014 por DOMINGOS DE SA FILHO, Assinado digitalmente em 10/12/2014 por LUIZ ROGERIO SAWAYA BATISTA, Assinado digitalmente em 12/12/2014 por ROSALDO TREVISAN

Impresso em 13/01/2015 por RECEITA FEDERAL - PARA USO DO SISTEMA

**Conselheiro Domingos de Sá Filho, relator**

Trata-se de recurso tempestivo e atende os demais pressupostos de admissibilidade, motivo pelo qual deve ser conhecido.

Há sustentação de nulidade do lançamento e, no mérito, a contenda se refere deduções de custo e despesas não autorizadas pela norma do parágrafo 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98.

Preliminarmente – examina-se a alegação de nulidade.

Sustenta a Recorrente que a matéria objeto do lançamento se encontrava em consulta, período esse que constitui óbice ao procedimento fiscal, principalmente à exigência de multa de mora e de juros de mora. Diz que tomou conhecimento da solução de consulta em dezembro de 2010.

O julgado recorrido analisou e concluiu que a consulta no caso destes autos não irradia os efeitos previstos em razão do que disciplina o art. 14 da Instrução Normativa nº 740 de 2007.

O instituto da consulta no âmbito da Receita Federal do Brasil encontra-se disciplinado pelo Decreto nº 70.235, de 1972, que dispõe que nenhum procedimento fiscal deve ser instaurado contra o sujeito passivo em relação à matéria submetida à consulta a partir do momento do protocolo.

É o que se infere da dicção do art. 48, bem como do art. 51 do mesmo diploma legal:

*“Art. 48. Salvo o disposto no artigo seguinte, nenhum procedimento fiscal será instaurado contra o sujeito passivo relativamente à espécie consultada, a partir da apresentação da consulta até o trigésimo dia subsequente à data da ciência...”*

*“Art. 51. No caso de consulta formulada por entidade representativa de categoria econômica ou profissional, os efeitos referidos no artigo 48 só alcançam seus associados ou filiados depois de cientificado o consulente da decisão.”*

A norma do art. 48 aqui transcrita é mais abrangente do que a norma da IN nº 740/2007, que afasta a aplicação da multa de mora e dos juros de mora. Trata de mácula direta no lançamento. Em sendo assim, é preciso averiguar se a Recorrente se encontrava abrangida entre os associados ou filiados, e não simplesmente se estava incluída na categoria econômica ou profissional correspondente.

Alegado como matéria de defesa, impõe certificar se há prova da condição de associado ou filiado.

A Interessada fez juntar a título de comprovação da qualidade de associado ou filiado boleto de pagamento no valor de R\$ 518,21, quitado em 28 de maio de 2010, e cópia dos estatutos da associação.

A cópia do estatuto em nada ajuda, restando dos documentos juntados o comprovante de pagamento.

A consulta de fl. 268 foi protocolizada em 19/05/2009, isto é, antes do início da fiscalização, que aconteceu em 30/11/2009. Acresce esclarecer que o Mandado de Procedimento Fiscal teria sido emitido em 25/09/2009. Como é de sábeça comum que a

espontaneidade é suspensa no momento que se toma conhecimento do início da ação fiscal, no caso concreto isso ocorreu em 30/11/2009, depois do protocolo da consulta.

Acontece que quando do início da ação fiscal a recorrente não se encontrava abrigada pela consulta, visto que só passou a fazer parte da associação consulente após o início da ação fiscal, conforme a data consignada no comprovante de pagamento, isto é, 28/05/2010, tendo a ação fiscal iniciado em 30/11/2009.

Sendo assim, inexistia naquela ocasião obstáculo a ação fiscal. Portanto, o lançamento é não está maculado por vício.

Assim, conheço da preliminar e rejeito-a.

No mérito, a matéria de fundo deve ser examinada em conformidade com a legislação pertinente.

A fiscalização demonstrou por intermédio da planilha de fl. 204 que os custos e despesas deduzidas ali consignadas não estariam contempladas entre aquelas autorizadas pelo inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98, em razão de os serviços prestados a clientes de outras operadoras terem sido prestado pela unidade própria da recorrente. Ao mesmo tempo em que junta planilha demonstrando o que pode ser deduzido e o que entendeu deduzido indevidamente; no caso, os custos aqui mencionados.

O fato é que a discussão gira em torno da dedução dos custos.

*2.3.3.1.2: Deve-se notar que:*

***• 2.3.3.1.2.1. Não ha valores a serem subtraídos dessas contas (o subtraendo referido • nas Decisões de Consulta acima referenciadas), visto que, conforme item• 1.10.5, no caso de atendimento feito pelos hospitais, médicos, clinicas, laboratórios e outros profissionais da saúde associados ao plano de saúde Policlín -S/A, quem lhes faz o pagamento é o próprio plano de saúde Policlín" S/A, conforme estabelecido na negociação dessa transferência, sem gerar qualquer ressarcimento de despesas por parte das outras operadoras. Ou seja, não ha quantias recebidas de outra operadora, a quem caberia a responsabilidade pelos eventos que se transferiram, a titulo de ressarcimento pelos, desembolsos efetivamente realizados para indenizar seus conveniados por eventos realizados em associados com outra operadora.***

O entendimento e o critério adotado pela fiscalização são de que as operadoras de plano de assistência à saúde não podem deduzir os custos com a rede conveniada e honorários médicos, etc..., quando esses são realizados em unidade própria em atendimento a segurados de outras operadoras.

E a tese defendida pela recorrente é de que todos os custos dos atendimentos, mesmo aqueles realizados com cliente da própria operadora, podem ser deduzido da base de cálculo.

Assim, cabe examinar a glosa realizada pela fiscalização em relação ao assunto tratado no item abaixo:

*2.3.3.1.2.2. Os valores referentes aos custos dos atendimentos - feitos pelo Hospital Policlin aos conveniados com outras operadoras transferidos para o plano de saúde Policlin S/A, contabilizados em contas do grupo 41111, com contrapartida na conta 4438993 que, conforme item 1.11.4.4, é uma 'conta retificadora de despesa, utilizada para transferência dos custos dos atendimentos feitos pelo Hospital Policlin tanto' aos - conveniados com o próprio plano de saúde Policlin S/A, como aos conveniados com outras operadoras transferidos para o plano de saúde Policlin S/A, não podem ser utilizados como dedução da base de cálculo do PIS e da COFINS. - Isto porque, conforme item 1.10.7, no caso de atendimento feito pelo Hospital Policlin, não há pagamentos, assim o que não correspondem a eventos ocorridos efetivamente pagos.*

*2.3.4. Desta forma, as deduções possíveis das bases de cálculo do PIS e da COFINS, no termos dos incisos I e III do parágrafo 9º do artigo 3º da Lei 9.718/98 estão demonstrados na planilha • 2 anexa. Para permitir comparação com a forma equivocada que a empresa adotou para • efetuar as deduções em seus DACONs, conforme explicado no item 2.1.8; nessa mesma • planilhas estão demonstradas as deduções possíveis de serem feitas diretamente dos valores, apurados de PIS e de COFINS.*

#### DAS EXCLUSÕES NA BASE DE CÁLCULO DO PIS E DA COFINS CONCEDIDAS ÀS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE – LEI N. 9.656/98.

O artigo 1º da Lei nº 9.656/98 assim disciplina:

*“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições.*

*I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.*

*II - Operadora de Plano de Assistência à saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, **cooperativa**, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;*

(...)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001

Autenticado digitalmente em 08/12/2014 por DOMINGOS DE SA FILHO, Assinado digitalmente em 15/12/2014

por ANTONIO CARLOS ATULIM, Assinado digitalmente em 08/12/2014 por DOMINGOS DE SA FILHO, Assinado

digitalmente em 10/12/2014 por LUIZ ROGERIO SAWAYA BATISTA, Assinado digitalmente em 12/12/2014 por R

OSALDO TREVISAN

Impresso em 13/01/2015 por RECEITA FEDERAL - PARA USO DO SISTEMA

*§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.”*

Consta do manual ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, anexo, capítulo I - Normas Gerais, 7.2.5, que os eventos/sinistros conhecidos ou avisados devem ser apropriados a despesas, vejamos:

*“Os Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados devem ser apropriados à despesa, considerando-se a data de apresentação da conta médica, do aviso pelos prestadores ou do Aviso de Beneficiários identificados - ABI, pelo seu valor integral, no primeiro momento da identificação da ocorrência da despesa médica, independente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de intermediação da transmissão, direta ou indiretamente por meio de terceiros, ou da análise preliminar das despesas médicas”.*

Tenho como certa a aplicação das disposições da Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998, combinado com o art. 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98:

*“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 2.158-35, de 2001).*

*I - co-responsabilidades cedidas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001).*

*II - a parcela das contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001).*

*III - o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001).*

Recentemente foi editado a Lei nº 12.873, de 24/10/2013 com o objetivo de dar interpretação a eventos ocorridos de que trata o inciso III do § 9º:

*“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.”*

A leitura do relatório fiscal demonstra que se apurou a receita bruta, tal como definida no art. 3º, § 1º da Lei nº 9.718/98, e se permitiu a dedução prevista no inciso III, mas

entendeu-se que os custos realizados no atendimento a segurados de outras operadoras no hospital da Policlín não poderiam ter sido deduzidos em razão de não existir pagamento da operadora à unidade hospitalar, em razão de pertencer à própria operadora, aqui recorrente.

Na discussão sobre os custos dos atendimentos feitos pelo Hospital Policlín, de propriedade da recorrente, aos conveniados (outras operadoras de assistência à saúde), constante do item 2.3.3.1.2.2: **valores referentes aos custos dos atendimentos-feitos pelo Hospital Policlín aos conveniados com outras operadoras transferidas para o plano de saúde Policlín S/A**, entende-se que trata de atendimento aos **clientes de plano de assistência à saúde de outra operadora**, pela operadora Policlín, **sendo assim parece desacertada a decisão que permite a dedução da base de cálculo desde que**, efetivamente tenham sido pago e deduzidos dos recebimentos a título de transferência de responsabilidade.

O fato de os associados de outras operadoras terem sido atendidos no hospital pertencente à operadora Policlín não possui o condão de afastar a dedução permitida pelo inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98. A toda evidência que o argumento da fiscalização não pode prosperar, pois se trata de custo incorrido com o atendimento de clientes de outras operadoras de assistência à saúde. Em sendo assim, os dispêndios encontram-se encartados na autorização que permite serem deduzidos.

A glosa decorreu de inexistência de pagamento conforme afirma a fiscalização:

***“Isto porque, conforme item 1.10.7, no caso de atendimento feito pelo Hospital Policlín, não há pagamentos, assim o que não correspondem a eventos ocorridos efetivamente pagos”.***

A intenção do legislador é de um tratamento igualitário, se o atendimento tivesse ocorrido pela rede assistencial contratada pela Policlín, isso é o custo com a rede contratada pode, mas o custo em unidade própria não.

O que se vislumbra da afirmação é de que inexistente pagamento porque os clientes de outra operadora foram atendidos em unidade própria da recorrente. No entanto, todo e qualquer atendimento gera custo, e engloba medicamento, honorários médicos, hotelaria, etc.

Assim, tenho que, neste caso, os custos efetivados no atendimento de outras operadoras podem ser deduzidos.

A outra alegação se refere glosa dos custos mencionados no item 2.3.3.1.2.1 - **Custos com os Assegurados do Plano de Saúde Policlín**, conforme se vê do relato do auditor fiscal:

***“2.3.3.1.2.1. Não ha valores a serem subtraídos dessas contas (o subtraendo referido • nas Decisões de Consulta acima referenciadas), visto que, conforme item• 1.10.5, no caso de atendimento feito pelos hospitais, médicos, clinicas, laboratórios e outros profissionais da saúde associados ao plano de saúde Policlín -S/A, quem lhes faz o pagamento é o próprio plano de saúde Policlín" S/A, conforme estabelecido na negociação dessa transferência, sem gerar qualquer ressarcimento de despesas por parte das outras operadoras. Ou seja, não ha quantias recebidas de outra operadora, a quem caberia a responsabilidade pelos eventos que se transferiram a título de ressarcimento pelos desembolsos efetivamente***

*realizados para indenizar seus conveniados por eventos realizados em associados com outra operadora.”*

No caso aqui relatado pela fiscalização essa dedução até recentemente vinha sendo entendida como indevida, pois tratava de custo inerente aos clientes da própria operadora de saúde atendida em sua unidade hospitalar. Entretanto, com o advento da Lei nº 12.873/2013, com o objetivo de dar interpretação a eventos ocorridos de que trata o inciso III do § 9º, impõe-se nova reflexão em relação ao assunto.

A redação desse dispositivo interpretativo é a seguinte:

*“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.”*

A redação do inciso III do § 9º do art. 3º mencionava valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos..., que faz pressupor que só se poderiam deduzir os custos que restassem efetivamente pagos, e, tratando de unidade própria, esse pagamento não ocorria.

Assim consta da redação do inciso III:

***III - o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001).***

Observa da redação interpretativa que o legislador não menciona os eventos “efetivamente pagos”, se refere tão-só “**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 das próprias operadoras.**”

Parece que a interpretação se ajusta ao anseio do segmento de assistência à saúde, que reivindicava o direito de deduzir os custos inerentes aos assegurados realizados em unidades próprias.

Ao afastar o termo efetivamente pago não resta dúvida de que se refere puramente a custos e não exige pagamento, o que só acontecia quando os atendimentos eram realizados por terceiros.

Assim, a leitura que passo a fazer da redação do inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98 é de que se trata de custo e não mais de pagamento efetivamente a terceiros como condição de possibilitar a dedução da receita. Portanto, existindo os custos decorrentes de atendimentos aos clientes do plano de assistência à saúde realizado em unidade própria, **podem ser deduzidos da base de cálculo para determinação da Contribuição para o PIS/Pasep e da COFINS.**

Com essas razões acolho os argumentos da recorrente de que os custos despendidos concretizados em unidades próprias com atendimentos de clientes do plano de assistência a saúde é passível de dedução da base de cálculo.

As deduções são aquelas traçadas pela norma do inciso III do § 9º do art. 3º, substituindo a expressão “efetivamente pagos” pela “**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 operadoras**”.

Ante ao exposto, conheço do recurso e dou provimento para reconhecer o direito da recorrente de excluir da base de cálculo a totalidade dos eventos ocorridos, líquidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidade realizadas em sua unidade própria com clientes de outras operadoras e os custos assistenciais decorrentes da utilização pelos próprios beneficiários da operadora em unidade própria.

É como voto.

Domingos de Sá Filho

## Voto Vencedor

Conselheiro Rosaldo Trevisan, redator designado

Não havendo aparas em relação à conclusão externada no voto do relator sobre as preliminares suscitadas pela recorrente, externo no presente voto vencedora divergência em relação ao entendimento demonstrado sobre a matéria, no mérito, pelo nobre relator, divergência esta que foi acompanhada pela maioria do colegiado, vencidos o relator e o Conselheiro Luiz Rogério Sawaya Batista.

O posicionamento adotado pelo relator em seu voto, no mérito, diverge daquele que vem sendo ultimamente externado nesta turma de forma unânime (inclusive acompanhado pelo próprio relator em ocasiões anteriores), antes e depois na norma explicativa/declaratória constante na Lei nº 12.873, de 24/10/2013.

Em março de 2013, esta turma apreciou o fenômeno ocorrido com a alteração da legislação em 2001, pois a autuação, naqueles autos, abarcava períodos anteriores (nos quais a análise era feita com base nos arts. 79, 85, 86, 87, 88 e 111 da Lei nº 5.764/1971) e posteriores à inclusão do inciso III ao § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, pela MP nº 2.158-35/2001:

*“Conforme entendimento assentado administrativamente no CARF e judicialmente no STJ, e disciplinado nos arts. 79, 87 e 111 da Lei nº 5.764/1971, **incide a Contribuição para o PIS/Pasep sobre atos não cooperativos.***

(...)

*Há que se destacar ainda que ao art. 3º da Lei nº 9.718/1998 foi alterado pela Medida Provisória nº 2.158-35/2001, acrescentando-se um § 9º, com o seguinte teor:*

(...)

*Conforme o art. 92, IV, “a” da Medida Provisória (MP), a alteração produz efeitos relativamente aos fatos geradores ocorridos a partir de 1º de dezembro de 2001, cabendo destacar que o texto não estava nas (re) edições anteriores da mesma MP.*

*Considerando a presente autuação, a maior parte do período objeto da exigência fiscal já estaria sob o manto do novel diploma.*

*Veja-se que **no novo comando legal é irrelevante ser a operadora uma cooperativa ou não**, pelo que não há que se prosseguir, novamente, na distinção entre ato cooperativo e não cooperativo (caso a operadora seja também uma cooperativa, e se entenda pela impossibilidade de tributação do ato cooperativo, por óbvio não poderia a operadora/cooperativa se beneficiar duas vezes da mesma exclusão).*

*estabelecer tratamento isonômico entre a tributação das operadoras de plano de saúde e das operadoras de seguro. E é nessa analogia (que já havia sido incidentalmente sugerida tanto no entendimento da COSIT quanto na autuação, ao se referir a “traços de seguro-saúde”) que se deve pautar a interpretação do texto legal.*

*Pode então a operadora de saúde (seja cooperativa ou não) deduzir da base de cálculo (faturamento), os montantes enquadráveis nos incisos I a III do novo parágrafo.*

(...)

*Diante da delimitação legal do binômio hipótese de incidência - consequente (especificamente no que se refere à base de cálculo) da contribuição, não resta muito o que discutir em relação à possibilidade de incidir a contribuição sobre empresas como a recorrente.*

**A argumentação exposta no recurso voluntário no sentido de que não incidem tributos sobre a modalidade operacional das sociedades cooperativas, pois estas não têm atuação própria relativa a seu objeto econômico, agindo apenas em nome dos seus sócios, fica afastada diante da clareza dos dispositivos legais, que só poderiam ser superados se tidos como inconstitucionais (esclarecendo-se que tal análise excederia a competência deste tribunal, conforme entendimento já consolidado na Súmula CARF nº 2: “O CARF não é competente para se pronunciar sobre a inconstitucionalidade de lei tributária”).” (Acórdão n. 3403-001.987, Rel. Cons. Rosaldo Trevisan, unânime, sessão de 20.mar.2013) (grifo nosso)**

Ainda em março de 2013, analisando autuação exclusivamente referente a período posterior à MP nº 2.158-35/2001 (como é o caso dos presentes autos), a turma buscou identificar o sentido dos incisos (com destaque para o III) do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998:

**“O fato de os pagamentos realizados pela cooperativa configurarem ou não um ato cooperativo é indiferente para a apuração da Cofins, pois se trata de uma contribuição que incide sobre o faturamento ou receita bruta, ou seja, que se refere ao ingresso de recursos na entidade e não à saída de recursos.**

(...)

*As deduções da base de cálculo previstas em relação às operadoras de planos de saúde também se aplicam às cooperativas de serviço médico que desenvolvem esta mesma atividade. Configuram indenizações de eventos ocorridos, para o efeito da dedução da base de cálculo prevista no art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98, **os pagamentos realizados pelas cooperativas para terceiros (tais como médicos, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados), para suportar os atendimentos (tais como consultas médicas, exames laboratoriais, hospitalização, cirurgias, terapias etc), a que deram causa os usuários dos planos de saúde, independente de se tratar de usuários da própria operadora ou de outras operadoras, desde que tenham***

**sido efetivamente pagos, reduzidos dos valores reembolsados pelas outras operadoras.**” (Acórdão n. 3403-001.986, Rel. Cons. Ivan Allegretti, unânime, sessão de 20.mar.2013) (grifo nosso)

Mas tais julgados são a consequência, e não a causa da formação de convicção desta turma. O verdadeiro divisor de águas na discussão do tema neste CARF, citado por ambos os Acórdãos aqui referidos, é um julgamento proferido na Segunda Turma da Terceira Câmara desta Terceira Seção, no qual a questão foi analisada com detalhamento exemplar:

“Assunto: Contribuição para o PIS/Pasep Período de apuração: 01/01/2000 a 31/12/2003.

(...)

*COOPERATIVAS MÉDICAS - PIS/COFINS - MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.158-35 - POSSIBILIDADES DE EXCLUSÃO - CO-RESPONSABILIDADE CEDIDA - CONCEITO Nas operadoras de planos de saúde - OPS - entende-se por despesas decorrentes de co-responsabilidade cedidas aquelas resultantes dos valores pagos à outras operadores para que estas façam o atendimento de seus beneficiários, sendo que neste caso ocorre a transferência de responsabilidade ou transferência de risco para esta segunda operadora que vai atender os beneficiários. Em outras palavras, trata-se de valor mensal, pago a operadoras contratadas - chamadas congêneres - para estas assumirem a responsabilidade pela cobertura de assistência à saúde de determinados grupos de beneficiários ou usuários dos planos de saúde da OPS contratante.*

(...)

*COOPERATIVAS MÉDICAS - PIS/COFINS - MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.158-35 - POSSIBILIDADES DE EXCLUSÃO - INDENIZAÇÕES REFERENTES A EVENTOS OCORRIDOS - CONCEITO Grande polêmica alcança a exclusão de base de cálculo prevista no inciso III, § 9º, artigo 2º da MP 2.158-35, que assim determina: III - o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. **Este dispositivo diverge, por consectário lógico, não equivale ao inciso I, que possibilita a exclusão de valores repassados para as congêneres contratadas com transferência de responsabilidade. O inciso III permite a exclusão dos valores repassados aos credenciados, sem transferência de responsabilidade, que ao invés de receberem valores fixos mensais, recebem indenizações por eventos efetivamente ocorridos.** Em nenhuma hipótese se permite a exclusão da base de cálculo de valores referentes à rede própria.*

(...)

*No presente caso não há controvérsia sobre o fato de que a **Recorrente fatura, contra terceiros não cooperados, os valores correspondentes a serviços prestados diretamente por seus***

cooperados. O valor que a Recorrente arrecada é repassado aos cooperados por meio de atos cooperados (não tributáveis), mas sofre a incidência tributária, quando recebido pela Recorrente - sob pena de, sobre tais valores, não ocorrer incidência tributária alguma.

Ora, se o cooperado recebesse os valores diretamente do terceiro (para quem presta seus serviços) tais valores também seriam tributados, quando do recebimento pelo cooperado. Caso admitíssemos a não incidência no recebimento do valor pela cooperativa e no repasse ao cooperado, estaríamos admitindo que serviços prestados através de cooperativas jamais seriam tributados o que não me parece lógico, ou legal (em especial considerando o princípio da isonomia).

Assim, o cooperado pode escolher o modelo que melhor lhe convém para receber os valores correspondentes à sua prestação de serviços:

(i) prestar os serviços e receber diretamente do terceiro contratante, tributando os valores quando deste recebimento, ou;

(ii) receber os valores através da cooperativa, sem submetê-los à tributação nesta etapa do fluxo financeiro (pois estar-se-á diante de ato cooperado), mas ciente de que na remessa dos valores do terceiro (tomador de seus serviços), para a cooperativa (que fatura o valor diretamente ao tomador) esta deverá oferecer a quantia à tributação.

Importante ressaltar que não há prejuízo para os cooperados, porque eles já pagariam uma vez a tributação. Uma incidência é devida e garantida pela própria legislação que trata do ato cooperado. O que a legislação garante é que os cooperados, que ao meu ver são considerados uma espécie de “hipossuficientes”, utilizem do mecanismo do agrupamento para prestar seu serviço e fazer frente aos grandes concorrentes sem que, para isso, sofram ônus, majorações do custo operacional.

**No presente caso a Recorrente recebe de terceiros (beneficiários) valores que, embora de titularidade dos cooperados, devem ser tributados nesta etapa do fluxo financeiro, pois se consubstanciam faturamento, sem que haja disposição legal que autorize a não incidência tributária. Logo, nego provimento à alegação da Recorrente de inexistência de base tributável por ser totalmente decorrente de ato cooperado, vez que é devido o PIS sobre os valores recebidos pela Recorrente, ainda que em nome de seus cooperados, sendo tais quantias faturamento tributável, por configurar resultados de operações com não cooperados.**

(...)

Pois bem. Em primeiro lugar faz-se necessário consolidar o **entendimento do que é faturamento para uma operadora de saúde**, nos termos da interpretação consolidada pelo Supremo Tribunal Federal (“receita da venda de produtos e serviços”).

Parece-me evidente que uma OPS tem como faturamento todos os valores cobrados a título de: **(i) prestações mensais faturadas contra seus clientes, pessoas físicas ou jurídicas, de direito**

*público ou privado, bem como (ii) prestação de serviços médicos com a utilização de sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatorios, consultórios, etc) por terceiros, aqui entendidos quaisquer pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde.*

(...)

*É de sumária nitidez a determinação contida na Lei nº 9.718/98 (introduzida pela Medida Provisória nº 2.158-35), sobre a possibilidade de exclusão, da base de cálculo do PIS e Cofins das operadoras de saúde (OPS), dos valores referentes às co-responsabilidades cedidas. Neste ponto, crucial é saber o que são “co-responsabilidades cedidas”.*

*Conforme esclarecido, as empresas que operam a saúde podem fazê-lo por meio de sua rede própria e/ou com o auxílio de terceiros ou ainda cooperados. Ocorre que esses terceiros, também denominados de “credenciados” ou “congêneres” podem ser contratados de forma direta ou indireta.*

*Os credenciados contratados de forma direta (ou simplesmente credenciados) prestam o serviço “em nome” e sob a responsabilidade da OPS contratante. Aqui, não há transferência de responsabilidade da cobertura de assistência à saúde dos beneficiários ou usuários dos planos de saúde. O credenciado é contratado para a prestação de serviços específicos a serem prestados consoante sua especialidade médica, trata da saúde dos beneficiários do plano por evento. Por exemplo, médicos cardiologistas que atendem os usuários do plano de saúde em seus consultórios particulares e são remunerados pelas OPS, em função da quantidade de horas dispendidas (sic) ou pela quantidade de consultas efetuadas.*

*Já as congêneres credenciados contratados de forma indireta são outras OPS (denominadas de congêneres por serem do mesmo gênero da contratante) que são contratadas para assumir a responsabilidade pela cobertura de assistência à saúde de determinados grupos de beneficiários ou usuários dos planos de saúde da OPS contratante. Aqui se identifica a TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE ou TRANSFERÊNCIA DE RISCO. Essas congêneres prestam o serviço contratado em seu próprio nome e, por isso, respondem diretamente pelo serviço prestado. As congêneres obrigatoriamente devem ser OPS, porque apenas as operadoras registradas na ANS podem assumir riscos em saúde suplementar. A congêneres assume o risco de tratar permanentemente da saúde dos usuários que assumiu de outra OPS, cobrando para tanto uma taxa mensal para “cuidar” dos beneficiários que foram “transferidos” aos seus cuidados. Portanto, recebe um valor fixo contratado entre as partes, sendo este valor devido ainda que o serviço não seja utilizado pelo beneficiário.*

*De forma sumária tem-se que no primeiro caso (“credenciado”), a responsabilidade é da OPS contratante e o pagamento do serviço é feito mensalmente, pelos eventos ocorridos, enquanto*

*no segundo caso (“congêneres”), a responsabilidade pelo atendimento médico é da OPS contratada e o pagamento é realizado mensalmente apurado de acordo com a quantidade de beneficiários transferidos/cobertos pela congênere. Esta questão da responsabilidade é regulada pela própria ANS, que para garantir os beneficiários exige, cada vez que a OPS credencia um prestador de serviço, uma série de documentos/informações.*

(...)

*Toda esta introdução é necessária porque a redação do “inciso I” do citado § 9º, menciona que serão excluídos da base os valores referentes à “co-responsabilidade cedida”. **Trata, portanto, de responsabilidade e de cessão.** Neste aspecto, o dispositivo legal mencionado permite que sejam excluídos da base de cálculo os valores pagos justamente para estas congêneres, que se responsabilizam por determinados beneficiários da OPS contratante, do que se conclui, por dedução lógica inversa, que os valores pagos aos credenciados (contratados de forma direta) não se enquadram neste “inciso I”.*

(...)

### **(iii) Indenizações Referentes a Eventos Ocorridos**

*Este é, seguramente, dos conceitos trazidos pela legislação, o de mais difícil interpretação. As maiores divergências estão justamente no entendimento de sua significação.*

*A simples leitura do inciso III é suficiente para constatar que se trata de uma DEDUÇÃO seguida de uma ADIÇÃO. Poderão ser **excluídas** as referidas indenizações, mas deverão ser **incluídos** os valores recebidos a título de transferência de responsabilidades.*

(...)

*De pronto, afasto o entendimento de que o inciso III está vinculado aos eventos decorrentes de “cessão de responsabilidade”. Em primeiro lugar porque não existe evento com “cessão de responsabilidade”, esta apenas é possível, inclusive por determinação da ANS, quando se opera a “transferência da responsabilidade pelo beneficiário”. Inclusive, o pagamento por cessão da responsabilidade independe de qualquer evento, é devido simplesmente porque a responsabilidade foi transferida. **O simples fato do pagamento para CONGÊNERES e para simples CREDENCIADOS ser realizado de forma diferente (o primeiro fixo por mês, o segundo por evento ocorrido e comprovado) já é suficiente para se constatar a diferença do inciso I e III neste particular.***

(...)

*Neste diapasão, em termos operacionais, quando se trata de indenização por evento, automaticamente se exclui a cessão de **responsabilidade, razão pela qual todos os valores referentes à***

*transferência de responsabilidade estão localizados no inciso I do citado § 9º.*

*Por idêntica forma, aparto a interpretação de que o legislador não pretendeu excluir da base de cálculo o valor pago a terceiros, pois não resta dúvida de que o inciso I do § 9º refere-se a terceiros (CONGÊNERES), que como dito alhures são espécie de credenciados contratados de forma indireta. Neste sentido, que é possível a exclusão da base de cálculo de valores pagos a terceiros, não tenho dúvida, e em afirmação a isto está o próprio inciso I do dispositivo legal analisado.*

(...)

*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.*

*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 congêneres). 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>

(...)

*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”**.*

*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.

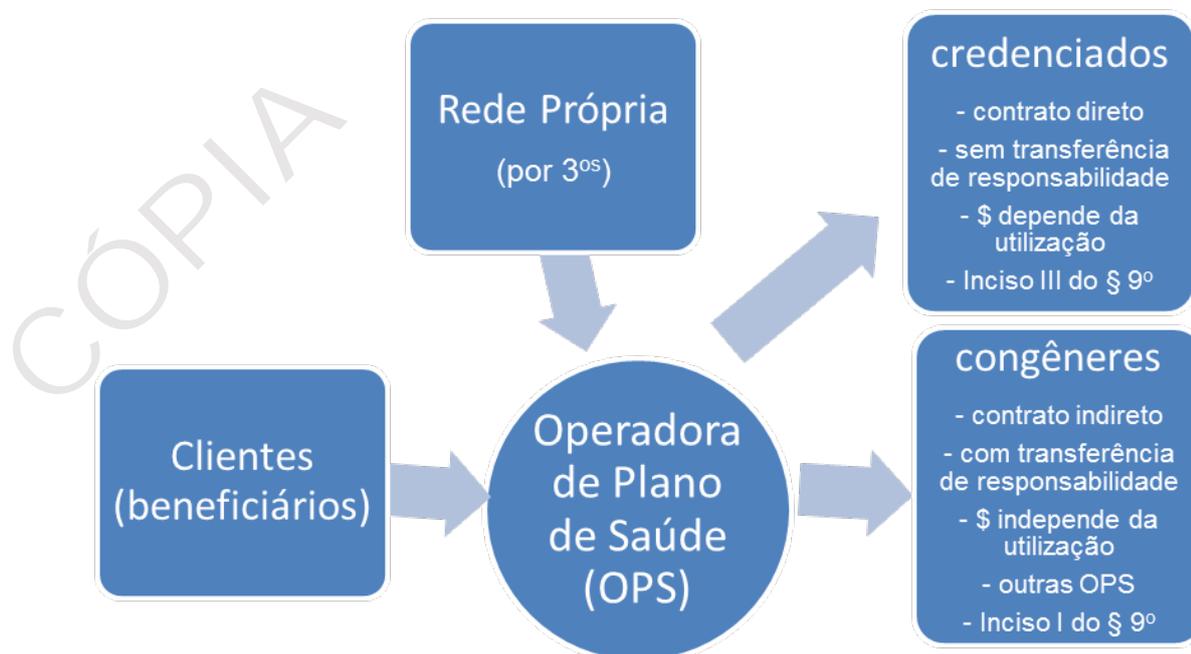
(...)

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.

(...)” (Acórdão n. 3302-001.765, Rel. Cons. Fabiana Cassiano Keramidas, unânime, sessão de 21.ago.2012) (grifo nosso)

Tal voto-paradigma tem norteado os julgamentos desta turma desde março de 2013 (v.g., nos Acórdãos n. 3403-002.049, 3403-002.051 e 3403-002.466).

Em novembro de 2003 chegamos inclusive a elaborar representação gráfica simplificada das conclusões externadas, facilitando a visualização das situações tratadas nos incisos I e III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 (Acórdão n. 3403-002.590):



E seguimos transcrevendo o nosso voto, externado naquela ocasião, e acompanhado integralmente por todos os membros do colegiado, inclusive o relator agora vencido:

*“Assim, constituem faturamento das Operadoras de Plano de Saúde (sejam ou não cooperativas), para efeito de incidência das contribuições, os valores cobrados a título de mensalidades/prestações dos clientes (beneficiários do plano de saúde), e das prestações de serviços médicos com sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatórios, consultórios, etc.) por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde). E os valores recebidos destinam-se a terceiros (que podem ou não ser cooperados), que são contratados diretamente (credenciados), ou indiretamente, para assegurar a cobertura de assistência aos beneficiários (congêneres, que são outras OPS).” (Acórdão n. 3403-002.590, Rel. Cons. Rosaldo Trevisan, unânime, sessão de 26.nov.2013) (grifo nosso)*

Na análise do inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, parte-se, naquele voto, da disposição normativa:

*“§ 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:*

(...)

*III - o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades” (grifo nosso)*

O inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 se refere, como exposto no voto-paradigma aqui reproduzido (Acórdão n. 3302-001.765), à exclusão dos valores **efetivamente pagos** aos **terceiros credenciados** (rede credenciada/SUS).

E é absolutamente irrelevante se os pagamentos são efetuados por eventos realizados em associados da própria operadora ou de outras operadoras (como já decidiu esta turma unanimemente, v.g., nos Acórdãos n. 3403-002.049, 3403-002.051 e 3403-002.466):

*“**Configuram indenizações de eventos ocorridos, para o efeito da dedução da base de cálculo prevista no art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98, os pagamentos realizados pelas cooperativas para terceiros** (tais como médicos, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados), **para suportar os atendimentos** (tais como consultas médicas, exames laboratoriais, hospitalização, cirurgias, terapias etc), **a que deram causa os usuários dos planos de saúde independente de se tratar de usuários da própria operadora ou de outras operadoras, desde que tenham sido efetivamente pagos, reduzidos dos valores reembolsados pelas outras operadoras.**” (Acórdão n. 3403-002.049, Rel. Cons. Ivan Allegretti, unânime quanto ao tema, sessão de 23.abr.2013) (grifo nosso)*

*“Exclui-se da base de cálculo da contribuição devida pelas operadoras de planos de saúde o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, **efetivamente pagos a credenciados e a médicos cooperados**, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.” (Acórdão n. 3403-002.051, Rel. Cons. Antonio Carlos Atulim, unânime quanto ao tema, sessão de 24.abr.2013) (grifo nosso)*

*“**A dedução prevista no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/98 alcança não só não só os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS** (não congêneres), deduzido dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.” (Acórdão n. 3403-002.466, Rel. Cons. Antonio Carlos Atulim, unânime, sessão de 25.set.2013) (grifo nosso)*

E em um dos últimos julgamentos sobre o tema no âmbito desta turma, com resultado novamente unânime (o citado Acórdão n. 3403-002.590, de novembro de 2013), foi apresentada a alteração efetuada recentemente no art. 3º da Lei nº 9.718/1998 pela Lei nº 12.873, de 24/10/2013, que incluiu um § 9º-A, com caráter declaradamente interpretativo, dispondo que:

*“**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)*

E a conclusão unânime da turma, em relação ao novel dispositivo, foi no sentido de que:

*“Tendo em vista que a fiscalização somente aceitou, a título de dedução, os valores **efetivamente pagos** por eventos realizados em associados de outras operadoras, já deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade, devem ser incluídos na dedução ainda os valores **efetivamente pagos** à rede credenciada e ao SUS (não congêneres)”. (Acórdão n. 3403-002.590, Rel. Cons. Rosaldo Trevisan, unânime, sessão de 26.nov.2013) (grifo nosso)*

Assim, mantemos o entendimento de longa data predominante nesta turma de que a dedução a que se refere o III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 abarca os pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras e os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade. Não há, assim, qualquer autorização para dedução de valores referentes a atendimento com a rede própria da recorrente.

Acatam-se, assim, todas as deduções com amparo no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 que se refiram a pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras, e a pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres). Contudo, rechaça-se qualquer dedução de valores referentes a atendimento com a rede própria da recorrente.

Como a votação acabou versando exclusivamente sobre questões de direito, e foi narrado que nos autos existiam as duas situações, a acolhida (pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras, e a pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS - não congêneres) e a rechaçada (dedução de valores referentes a atendimento com a rede própria da recorrentes), o provimento foi parcial, para que a distinção seja efetuada em sede de liquidação.

Objetivando facilitar tal liquidação pela unidade local, passo a verificar exatamente a matéria autuada, para possibilitar o desmembramento da autuação nas categorias aqui discutidas.

Os autos de infração relativos à COFINS (fls. 147 a 167<sup>1</sup>) e à Contribuição para o PIS/PASEP (fls. 168 a 188) fundam-se em um mesmo Termo de Verificação Fiscal, inserido às fls. 192 a 208. Em tal termo, são apresentadas ainda três planilhas, uma (Planilha 1) com os **valores deduzidos pela recorrente** (contas contábeis 221, 212, 3117 e 4438993), outra (Planilha 2) com os **valores entendidos pelo fisco como dedutíveis** (contas 41113.1000, 41111.1100 e 3117 - inciso I do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998; e conta 4115 – inciso III do mesmo parágrafo), e uma última (Planilha 3) indicando as diferenças ensejadoras da autuação, sendo o conteúdo das contas o seguinte:

<b>Contas 221 e 212</b>	Contas de passivo, utilizadas para registrar os valores a pagar, aos hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais da saúde <b>associados</b> ao plano de saúde Policlin S/A pelos atendimentos por eles feitos tanto aos conveniados com o próprio plano de saúde Policlin S/A, como aos conveniados com outras operadoras transferidos temporariamente para o plano de saúde Policlin S/A.
<b>Conta 3117</b>	Conta retificadora de receita, utilizada no ano de 2008 para registrar os valores cobrados da operadora Policlin S/A pela operadora de outra região pela assunção do risco de atendimento aos beneficiários do niano de saúde Policlin S/A aue lhe foram renassados

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001

Autenticado digitalmente em 10/12/2014 por DOMINGOS DE SA FILHO, Assinado digitalmente em 10/12/2014 por LUIZ ROGERIO SAWAYA BATISTA, Assinado digitalmente em 12/12/2014 por R

	<i>(corresponsabilidade transferida) S/A.</i>
<b>Conta 4438993</b>	Conta retificadora de despesa, utilizada para transferência dos custos dos <b>atendimentos feitos pelo Hospital Policlín</b> tanto aos conveniados com o próprio plano de saúde Policlín S/A. como aos conveniados com outras operadoras transferidos para o plano de saúde Policlín S/A.
<b>Conta 4115</b>	Conta de despesa, utilizada para registrar os custos dos atendimentos feitos pelos hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais de saúde <b>associados</b> ao plano de saúde Policlín S/A aos conveniados com outras operadoras transferidos para o plano de Saúde Policlín S/A.
<b>Contas 4113.1000 e 4111.1100</b>	Contas de despesa, utilizadas, nos anos de 2006 e 2007, respectivamente, para registrar tanto os valores cobrados da operadora Policlín S/A pela operadora de outra região pela assunção do risco de atendimento aos beneficiários do plano de saúde Policlín S/A que <b>!he foram repassados (corresponsabilidade transferida)</b> , como também todas as demais despesas assistenciais dos atendimentos aos beneficiários do plano de saúde Policlín S/A.
<b>Conta 4111</b>	Conta de despesa, utilizada para registrar os custos dos atendimentos feitos pelos hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais da saúde <b>associados</b> ao plano de saúde Policlín S/A aos conveniados com o próprio plano de saúde Policlín S/A.
<b>Conta 3113</b>	Conta de receita, utilizada para registrar os valores cobrados da operadora de outra região pela Policlín-S/A pela assunção do risco de atendimento aos beneficiários, da operadora de outra região que <b>!he foram repassados (corresponsabilidade assumida)</b> .

A recorrente cobra valores para atendimento médico a conveniados com o plano de saúde Policlín S/A designados por empresas-cliente (assim entendidas as que possuem contrato com a recorrente, operadora do plano de saúde, para atendimento a funcionários ou associados), atendimento este que é prestado tanto por hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais de saúde associados ao plano de saúde Policlín S/A (registro como obrigações a pagar nas contas 221 e 212, com débito na conta 4111), quanto pelo Hospital Policlín (caso em que não há pagamentos, sendo a contabilização do custo gerado com atendimento aos conveniados nas contas do grupo 4111, com contrapartida nas contas do grupo 4438993). O Relatório Fiscal trata ainda das co-responsabilidades transferidas (fl. 193) e das co-responsabilidades assumidas (fl. 194).

Pela explicação da forma de contabilização constante às fls. 194/195, percebe-se que havia segregação em relação aos atendimentos com **rede própria** (Hospital Policlín) e **credenciados** (hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais de saúde associados ao plano de saúde Policlín S/A).

Ao ser indagada sobre o teor da rubrica “outras deduções” das fichas do DACON denominadas “resumo” de janeiro de 2006 a outubro de 2008 (depois estendida a dezembro de 2008), a empresa apresentou o demonstrativo de fl. 98, retificado pelos documentos de fls. 106/108, e complementado pelo documento de fl. 127, levando aos valores totalizados na Planilha 1, anexa ao Relatório Fiscal (fl. 206). Em tais demonstrativos, há registros de “indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzidos das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades” (inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998) nas contas 221 e 212 (anos de 2006 e 2007, referentes a **credenciados**), e nas contas 212 e 4438993 (ano de 2008, esta utilizada para transferência de custos referentes a atendimentos feitos pela **rede própria**). Há ainda, em 2008, deduções a título de “*corresponsabilidades cedidas*” (inciso I do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998).

A interpretação restritiva do fisco ao teor do inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, **alicerçada em soluções de consulta (SRRF/3 nº 20/2003 e SRRF/4 nº 4/2004)**, no sentido de que o dispositivo não alcança o **atendimento de beneficiários do plano**

**na rede credenciada**, mas somente o atendimento de associados de outras operadoras na rede credenciada, não se coaduna com o entendimento desta turma, nem com o comando do § 9º-A do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, acrescentado em caráter declaratório/interpretativo pela Lei nº 12.873/2013. **O inciso III, como já afirmamos neste voto, abarca tanto os pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras quanto os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade. Só restam excluídos da dedução os valores referentes a atendimentos realizados em rede própria.**

Na Planilha 2 (fl. 207), anexa ao Relatório Fiscal, o fisco acata as deduções registradas nas rubricas 41113.1000, 41111.1100 e 3117 (inciso I do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998) e 4115 - inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998).

Contudo, a nosso ver, não procede a razão alegada na autuação (e no termo que lhe fundamenta), no que se refere ao inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, para afastar as deduções relativas a pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres). Assim, **as glosas às deduções referentes aos registros nas contas 212 e 221 são indevidas (sendo improcedente o lançamento efetuado em relação a elas)**, em virtude de não conterem motivação consistente na autuação, e **as glosas referentes a registros efetuados na conta 4438993 são devidas (sendo procedente o lançamento correspondente)**, tendo em vista que é incabível a dedução em relação a valores referentes a atendimentos realizados em rede própria. E, em relação aos registros na conta 3117, a matéria restou incontroversa, no sentido da possibilidade de dedução, inclusive acatada na autuação.

Contudo, há um fator complicador: as deduções acatadas pelo fisco em relação ao inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 estão contidas na conta 4115, que é uma conta de contrapartida às contas 212 e 221. Assim, a unidade local, na liquidação desta decisão, deve tomar cuidado para que não sejam acolhidas deduções em duplicidade (subtraindo os valores já acatados pelo fisco - conta 4115 - com a parcela correspondente a eventual contrapartida destes nas contas 212 e 221).

Delimitada a abrangência da acolhida parcial, para facilitar o trabalho de liquidação, é de se reiterar, em síntese, que esta turma, no mérito, em relação ao conteúdo do inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, rechaça as deduções em relação a atendimentos efetuados com a rede própria da recorrente (Hospital Policlín), mas acolhe tais deduções em relação a atendimentos com a rede credenciada (hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais da saúde associados ao plano de saúde Policlín), seja a beneficiários da operadora (Policlín) ou a associados de outras operadoras.

Assim, voto por dar provimento parcial ao recurso para reconhecer o direito de o contribuinte incluir na dedução prevista no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 não só os pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade, não acatando a dedução de valores referentes a atendimento com a rede própria.

Rosaldo Trevisan

## DECLARAÇÃO DE VOTO – IVAN ALLEGRETTI

É preciso esclarecer qual é o efeito prático do § 9º-A do art. 3º da Lei nº 9.718/98, incluído pela Lei nº 12.873/2013, o qual busca explicitar a interpretação a ser dada à hipótese de dedução prevista no § 9º, III, do mesmo dispositivo da Lei nº 9.718/98.

Confira-se o texto dos dispositivos envolvidos:

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

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

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

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

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

*(grifos editados)*

O texto do novo dispositivo, como visto, é expresso em dizer que a sua finalidade é a de dar efeito interpretativo à hipótese de dedução já existente, ficando claro que pretende explicar a amplitude dos conceitos já utilizados por aquela hipótese pré-existente.

Embora seja clara a sua intenção, ao mesmo tempo, interpretativa e ampliativa, parece-me que os efeitos buscados pelo § 9º-A coincide com a abrangência que já vinha sendo reconhecida por este Conselho na interpretação do referido inciso III.

O novo dispositivo não autoriza estender o alcance da dedução, pura e simplesmente, para toda e qualquer despesa, inclusive as despesas internas, com a manutenção de serviços próprios.

A referência ao termo “custos assistências decorrentes da utilização da cobertura oferecida pelos planos de saúde” não significa uma autorização para que todas as despesas internas da entidade possam configurar custo da cobertura. São alcançado apenas e ~~exclusivamente os custos tipicamente assistenciais, quais sejam - os pagamentos de consultas,~~

internações e materiais e implementos de aplicação medicinal, pagos a profissionais ou pessoas jurídicas.

Já era neste sentido a interpretação deste Conselho, conforme se confere exemplificativamente nos seguintes julgados:

*(...) OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES DA BASE DE CÁLCULO.*

*A dedução prevista no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/98 alcança não só os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzido dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade. (...)*

*(Acórdão 3403-002.466, PA 16682.720404/2011-92, Rel. Cons. Antonio Carlos Atulim, j. 24/09/2013)*

*(...) COFINS. COOPERATIVAS DE SERVIÇOS MÉDICOS. DEDUÇÕES DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. ART. 3º, § 9º, III, DA LEI 9.718/98. indenizações correspondentes aos eventos ocorridos. PAGAMENTOS AOS MÉDICOS COOPERADOS.*

*Os pagamentos realizados pelas cooperativas aos médicos, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados, para suportar os atendimentos (tais como consultas médicas, exames laboratoriais, hospitalização, cirurgias, terapias, medicamentos etc) a que deram causa os usuários, desde que tenham sido efetivamente pagos, configuram indenizações de eventos ocorridos, para o efeito da dedução da base de cálculo prevista no art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98. (...)*

*(Acórdão 3403-002.369, Processo 10245.001197/2005-06, Rel. Cons. Ivan Allegretti, j. 24/07/2013)*

*“(...)COFINS. COOPERATIVAS DE SERVIÇOS MÉDICOS. DEDUÇÕES DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. ART. 3º, § 9º, I, II e III, DA LEI 9.718/98. co-responsabilidades cedidas. constituição de provisões. indenizações correspondentes aos eventos ocorridos.*

*As deduções da base de cálculo previstas em relação às operadoras de planos de saúde também se aplicam às cooperativas de serviço médico que desenvolvem esta mesma atividade.*

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

(Acórdão n.º 3403-986, PA 10580.724883/2011-88, Rel. Cons. Ivan Allegretti, j. 20/03/2013)

“(…)PIS/COFINS. COOPERATIVAS DE SERVIÇOS MÉDICOS. DEDUÇÕES DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. APLICAÇÃO. ART. 3º, § 9º, III, DA LEI 9.718/98. indenizações correspondentes aos eventos ocorridos. CONCEITO. ALCANCE.

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

(Acórdão 3403-002.049, PA 13063.000694/2008-58, Rel. Cons. Ivan Allegretti, j. 23/04/2013)

“(…) COOPERATIVAS MÉDICAS PIS/COFINS MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.158/35 POSSIBILIDADES DE EXCLUSÃO INDENIZAÇÕES REFERENTES A EVENTOS OCORRIDOS CONCEITO

Grande polêmica alcança a exclusão de base de cálculo prevista no inciso III, § 9º, artigo 2º da MP 2.15835, que assim determina: “III - o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades”. Este dispositivo diverge, por consectário lógico, não equivale ao inciso “I”, que possibilita a exclusão de valores repassados para as congêneres contratadas com transferência de responsabilidade. O inciso “III” permite a exclusão dos valores repassados aos credenciados, sem transferência de responsabilidade, que ao invés de receberem valores fixos mensais, recebem indenizações por eventos efetivamente ocorridos. Em nenhuma hipótese se permite a exclusão da base de cálculo de valores referentes à rede própria. (...)

(Acórdão n.º 3302-001.765, PA n.º 13971.002373/2004-11, Rel. Cons. Fabíola Cassiano Keramidas, j. 21/08/2012)

Entendo pois, que o § 9º-A pretende dar ao inciso III a mesma interpretação e alcance que este Conselho já vinha dando a este último dispositivo, de maneira que não autoriza a dedução de despesas internas realizadas pela entidade gestora plano de saúde (rede própria), mas somente os pagamentos realizados a terceiros para a cobertura do plano de saúde (rede credenciada).

*Ivan Allegretti*

### DECLARAÇÃO DE VOTO – Luiz Rogério Sawaya Batista

A controvérsia gira em torno da interpretação do inciso III, do §9º, do artigo 3º da Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998, abaixo reproduzido:

§ 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:

I-co-responsabilidades cedidas;

II-a parcela das contraprestações pecuniárias destinada à constituição de provisões técnicas;

III-o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.

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

§ 9º-B. Para efeitos de interpretação docaput, não são considerados receita bruta das administradoras de benefícios os valores devidos a outras operadoras de planos de assistência à saúde.

Mais especificamente, se a Recorrente teria ou não direito à dedução de custos e despesas correspondentes aos valores pagos a título de indenizações decorrentes de eventos ocorridos, efetivamente pagos.

Mas não é só! A discussão reside na possibilidade ou não de dedução desses valores, quando pagos a terceiros, e. g., terceiras operadoras, ou quando incorridos pela rede própria da Recorrente.

A autuação não diferenciou tais quantias — terceiros e rede própria —, lançando as Contribuições supostamente devidas sobre todos os valores descontados pela Recorrente.

Inicialmente, não é demais ressaltar que a Contribuição ao Financiamento da Seguridade Social (“PIS”) e para o Financiamento da Seguridade Social (“COFINS”) incide, no presente caso, sob o regime cumulativo, tanto que reguladas pela Lei nº 9.718/1998, que determina a incidência às alíquotas de 0,65% e 4%.

Aliás, a alíquota da COFINS foi majorada de 3% para 4% pela Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, que introduziu o parágrafo 9º-A na Lei nº 9.718/1998, com caráter expressamente interpretativo.

O inciso III, do § 9º do artigo 3º chama a atenção do intérprete, pois ele se refere ao valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagas, deduzidas das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidade.

E o questionamento surge porque o §9º, do artigo 3º se refere aos planos de saúde, que prestam serviços de assistência médica a seus usuários e, conforme o caso, usuários de outras operadoras, em conformidade com as diversas modalidades de atendimento e de planos de saúde previstas pela Agência Nacional de Saúde.

Rigorosamente o plano de saúde não paga indenização a seus usuários nem a terceiros, mas sim a seguradora de saúde, conforme preveem os artigos 757 e seguintes do Código Civil, conforme segue:

Art. 757. Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.

Parágrafo único. Somente pode ser parte, no contrato de seguro, como segurador, entidade para tal fim legalmente autorizada.

....

Art. 763. Não terá direito a indenização o segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação.

Ou seja, no Contrato de Seguro, a seguradora, entidade legalmente autorizada a funcionar de tal forma, mediante o pagamento de prêmio, se obriga a garantir o interesse legítimo do seguro, contra riscos predeterminados. Ocorrendo o sinistro, o evento determinado no contrato de seguro, a seguradora se obriga a indenizar o segurado.

Naturalmente que o legislador incorreu foi atécnico ao endereçar o dispositivo para as operados de planos de assistência à saúde, tratando de dedução de base de cálculo, um tema deveras sensível, mencionando termo jurídico que, em realidade, não se aplicaria às operadoras, mas sim às seguradoras.

Talvez a justificativa, além da atecnia pura e simples do legislador, resida no fato de que houve a intenção de se equiparar a seguradora de saúde e as operadoras de planos de assistência à saúde, sobretudo por conta da precária situação financeira em que se encontram essas últimas pessoas jurídicas, não raro, obrigadas a arcar com eventos não previstos expressamente em contrato e, por outro lado, sujeitas às majorações contratuais autorizadas pela ANS.

Analisando a exposição de motivos da Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, verifica-se que esse era realmente o intento do legislador que, diante da presente discussão, não atingiu o seu objetivo, pois não reconhecido pela próprio Fisco, não permitindo tal dedução, seja ela com terceiros, seja ela com a rede própria.

De qualquer forma, não se pode perder de vista que o dispositivo não se assenta exclusivamente na palavra “indenização”, mas antes se refere ao “valor referente às indenizações”, indicando, portanto, que a dedução se aplica a todo evento que a operadora de saúde for obrigada a contratualmente cobrir.

Há, pois, uma aproximação da operadora e da segura de saúde, posto que a operadora de plano de saúde não paga indenização, mas, de forma semelhante, se obriga a, ocorrendo o evento contratualmente previsto, cobrir um risco de saúde determinando, mediante o atendimento voltado à saúde de seu usuário.

Por essa razão que, em meu entendimento, o dispositivo utiliza as palavras “indenização” e “evento ocorrido” e, ainda, “efetivamente pago”, indicando que apenas os valores arcados pelas operadoras de planos de saúde poderão ser deduzidos das bases de cálculo do PIS e da COFINS.

Não há outra interpretação! As operadoras de planos de saúde não percebem indenização e nos casos de transferência de responsabilidade, o que ocorre é o atendimento de usuários transferidos de outras operadoras, daí a expressão transferência de responsabilidade, em que, conforme o caso, há obrigação da operadora original de arcar com os custos e despesas do atendimento (sinistro ocorrido).

Como se tal não fosse bastante para a resolução da controvérsia, diante da discussão que o tema gerou, foi inserido o §9º-A ao artigo 3º da Lei nº 9.718/1998, que expressamente previu que o valor referente às indenizações corresponde ao total dos custos assistenciais decorrentes da utilização, pelos usuários, da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se os custos da própria operadora e de outras operadoras atendidos a título de transferência de responsabilidade:

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

Ora, se antes, como argumentam, não havia razão para permitir a dedução dos valores incorridos com a rede própria, mas tão-somente com terceiros, a partir da Lei nº 12.873/2013 torna-se difícil, senão impossível, defender o oposto, visto que expressamente há a menção de que o “o valor referente às indenizações” corresponde aos custos próprios e custos com terceiros.

E não se trata de equiparação da palavra, ou melhor, do termo jurídico indenização, ao termo jurídico “custo”, proveniente da seara contábil, e próprio da legislação do Imposto de Renda, pois, como vimos, tal palavra foi utilizada para efeito de equiparação e o legislador não foi feliz ao empregá-la.

Não! O dispositivo inserido, com fim interpretativo, portanto, de aplicação retroativa, expressamente determina que o valor referente às indenizações se refere a todo o evento arcado pelas operadoras de planos de saúde, que, nesse sentido, podem tanto deduzir os custos com rede própria exclusivamente relacionados ao atendimento, como os custos com terceiros.

Não posso deixar de ressaltar que tal interpretação, fundada no Código Civil, e no § 9º, do artigo 3º da Lei nº 9.718/1998, que leva em conta a correta utilização dos termos empregados no dispositivo, resulta efetivamente em um regime tributário diferenciado de recolhimento do PIS e da COFINS, em que as operadoras de planos de saúde podem deduzir tais valores (custos e despesas) na determinação de suas bases de cálculo.

De qualquer forma, tal regime não se apresenta não usual, pois empresas de publicidade, empresas securitizadoras, financeiras, incluindo-se as próprias seguradoras, tem direito a determinadas deduções, o que, no presente caso, se justifica economicamente, uma vez que o objetivo primordial desse tipo de tratamento é a redução do preço do plano de saúde oferecido ao usuário, reconhecendo o Poder Público, conforme determinação constitucional, que o acesso à saúde ocorre por rede pública ou privada.

Tal assertiva não é propriamente jurídica, no sentido puro, mas assume relevância quando se utiliza o tratamento diferenciado para afastá-la, apartado do próprio dispositivo. E em meu entendimento, o Direito não constitui um fim em si mesmo, devendo ser interpretado em seu contexto econômico, de tal forma que, no presente caso, da denominada interpretação econômica a conclusão não poderia ser diferente daquela anteriormente descrita.

Por essas razões que dou provimento ao Recurso Voluntário, de tal maneira que a Recorrente possa deduzir das bases de cálculo do PIS e da COFINS os valores relacionados aos custos/despesas decorrentes da cobertura aos seus usuários tanto de renda própria como de terceiros.

É como voto.

(assinado digitalmente)

Luiz Rogério Sawaya Batista