



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

Processo nº 13866.000151/2003-81
Recurso nº Voluntário
Acórdão nº 3302-005.780 – 3ª Câmara / 2ª Turma Ordinária
Sessão de 29 de agosto de 2018
Matéria COMPENSAÇÃO - COFINS
Recorrente SÃO DOMINGOS SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA.
Recorrida FAZENDA NACIONAL

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL - COFINS

Data do fato gerador: 15/07/2002

OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES. CONCEITO.

É permitida a dedução dos valores da base de cálculo das contribuições dos eventos listados no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98, assim considerados, entre outros, os pagamentos de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, em dar provimento ao Recurso Voluntário. Os Conselheiros Orlando Rutigliani Berri (Suplente convocado), Jorge Lima Abud e Fenelon Moscoso de Almeida, votaram pelas conclusões, por entender que o fundamento para provimento do recurso está nas alterações legislativas que incluíram os §§ 9º-A e 9º-B ao art. 3º da Lei nº 9.718/98.

(assinado digitalmente)

Fenelon Moscoso de Almeida - Presidente Substituto

(assinado digitalmente)

Walker Araujo - Relator

Participaram do presente julgamento os conselheiros: Fenelon Moscoso de Almeida (presidente substituto), Orlando Rutigliani Berri (Suplente convocado), Walker Araujo, Vinicius Guimaraes (Suplente convocado), Jose Renato Pereira de Deus, Jorge Lima Abud, Diego Weis Junior e Raphael Madeira Abad.

Ausente justificadamente o conselheiro Paulo Guilherme Déroulède.

Relatório

Por bem retratar a realidade dos fatos, adoto e transcrevo o relatório da decisão de piso de fls. 88-90:

Trata o presente de Declaração de Compensação — DCOMP na qual o interessado compensa débito da Cofins do período de apuração fev./2003 com crédito decorrente de pagamento a maior ou indevido da Cofins, referente ao período de apuração jun.12002, crédito esse de valor declarado de R\$ 2.179,06 — fls. 1 e 2.

A Delegacia da Receita Federal do Brasil (DRF) em São José do Rio Preto, através do Despacho Decisório de fls. 51/53, não homologou a compensação, pela não comprovação do direito creditório do interessado, ressaltando que o contribuinte excluiu da base de cálculo da COFINS o valor de R\$ 417.213,24 a título de Outras Exclusões e, intimado, informou que tal exclusão refere-se aos valores pagos aos prestadores de serviços, clínicas, hospitais, etc.

Ressaltou-se, na decisão, que o § 9º, do art. 3º, da Lei nº 9.718, de 1998, permitiu deduções da base de cálculo às operadoras de planos de saúde, caso do interessado, apenas nas rubricas descritas no referido dispositivo (transcrito no Despacho Decisório, fls.52/53) e que a exclusão feita pelo interessado não se enquadra nas previstas legalmente.

Cientificado em 09/05/2008 (sexta-feira), fl. 57, o interessado apresenta manifestação de inconformidade em 09/06/2008, fls. 58/65, alegando, em síntese:

a) Que a base de cálculo da Cofins é o faturamento nos termos previstos no art. 195, I, "b", da Constituição Federal, uma vez que foi julgado inconstitucional o conceito definido no art. 3º da Lei nº 9.718, de 1988, no julgamento do Recurso Extraordinário nº 357.950;

b) Que é operadora de planos de assistência à saúde., atividade que se rege por regras próprias e não se confunde com outra qualquer;

c) Que o conceito de faturamento advém do Direito Comercial e é decorrente do ato de emitir faturas, ato autorizado somente ao comerciante pela Lei nº 5.474/68, e que nos termos do disposto no art. 110 do CTN, a legislação tributária não pode alterar a definição, o conteúdo e o conceito utilizados no Direito Privado;

d) Que é ilegal a cobrança do Cofins nos termos do art. 2º e 3º d Lei nº 9.718/98, pois afronta a determinação do art. 110 do CTN, no sentido de que receba como um tipo fechado o conceito de faturamento, termo utilizado no art. 195 da CF/88 para definir a competência da União para cobrar a Cofins;

Em 24 de novembro de 2008, a DRJ/RPO, por unanimidade de votos, indeferiu a solicitação feita na manifestação de inconformidade e, manteve o despacho decisório que não homologou a compensação objeto dos autos, com base nos seguintes fundamentos:

A manifestação é tempestiva e revestida das formalidades legais, pelo que deve ser conhecida.

O § 9º, do art. 3º, da Lei nº 9.718, de 1998, inserido pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001, permitiu deduções da base de cálculo do PIS e da Cofins às operadoras de plano de assistência à saúde, caso do interessado, somente das rubricas relacionadas no referido dispositivo legal, a saber:

Art. 2º. O art. 3º da Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

§ 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 de contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas;

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

Verifica-se que no dispositivo transcrito não há previsão para a exclusão, da base de cálculo, dos valores pagos a prestadores de serviços, clínicas, hospitais, etc. Tais pagamentos são custos e despesas próprios e inerentes à atividade exercida pelo interessado.

Do exposto, voto pelo indeferimento da solicitação, mantendo a decisão proferida pela DRF em São José do Rio Preto.

Intimada da decisão em 10.03.2009 (fls.96), a Recorrente interpôs recurso voluntário em 23.03.2009 (fls.97-106), reproduzindo as alegações apresentadas em sua defesa.

Em 26 de junho de 2012, o processo foi convertido em diligência nos termos da decisão de fls. 116-129, a saber:

Isso posto, voto no sentido de converter o presente julgamento em diligência para que a fiscalização: i) verifique se o valor a ser glosado efetivamente é de R\$ 417.213,24 ou de R\$ 412.818,12, com base na Declaração do contribuinte, o que seria adequado; por outro lado, ii) intime o contribuinte a compor tais valores detalhadamente, de acordo com a sua natureza, para que demonstre ou não que os valores excluídos possuem a mesma natureza daqueles que poderiam ser contabilizados no grupo de contas 3.1.1.7 ou 4.1.2.3, o que pela sua natureza poderá determinar o adequado enquadramento dessas despesas na base de cálculo do tributo.

Intimada à fornecer documentos e prestar informações para cumprimento da diligência anteriormente citada, a Recorrente se manifestou através da petição carreada às fls.152-157. Ato contínuo a fiscalização apresentou a informação fiscal de fls. 158-161, prestando os seguintes esclarecimentos:

(...)

5. Intimamos o contribuinte no Termo de Intimação às fls. 142 a 146, para que esclarecesse se entre os prestadores que ele já havia nos apresentado (em resposta à intimação de fl 37, o contribuinte detalhou, às fls. 42 a 44, todos os

pagamentos feitos à sua rede de prestadores dos serviços médicos) estavam listados profissionais ou estabelecimentos de sua rede própria, considerando a definição de “rede própria” constante da RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000, in verbis:

Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:

I hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:

a) da operadora;

b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;

c) de entidade ou empresa controladora da operadora;

II médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora

6. Também, consultamos a DIRF/2002 entregue pelo contribuinte, e verificamos que nenhum dos seus assalariados (relação abaixo) constava da lista dos prestadores de serviços médicos de fls. 42 a 44.

(...)

7. Em resposta ao Termo de Intimação às fls. 142 a 146, às fls. 152 a 157, o contribuinte confirma que nenhum dos pagamentos feitos à sua rede de prestadores dos serviços médicos referia-se a pagamento a profissionais ou estabelecimentos de sua rede própria.

8. Portanto, os valores das contas 4.1.1.1 e 4.4.1.3.4 não incluíram pagamento de eventos à rede própria do São Domingos Saúde. Era o que se tinha a informar.

9. Para constar e surtir os efeitos legais, lavro o presente termo, lavro o presente termo, assinado por Auditor-Fiscal da Receita Federal do Brasil e enviado ao Domicílio Tributário Eletrônico (DTE) do contribuinte, em conformidade com o disposto no artigo 23, inciso III, do Decreto nº 70.235/72.

10. É facultado ao interessado manifestar-se quanto esta Informação Fiscal, no prazo de 30 (trinta) dias de sua ciência, nos termos do art. 18 do Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972.

Intimada da informação fiscal, a Recorrente permaneceu silente.

É o relatório.

Voto

Conselheiro Walker Araujo - Relator

I - Tempestividade

A Recorrente foi intimada da decisão de piso em 10.03.2009 (fls.156) e protocolou Recurso Voluntário em 23.03.2009 (fls.157-166) dentro do prazo de 30 (trinta) dias previsto no artigo 33, do Decreto 70.235/72¹.

Desta forma, considerando que os recursos preenchem os requisitos de admissibilidade, deles tomo conhecimento.

II - Mérito

A discussão sob análise já foi inúmeras vezes analisada por este Conselho, inclusive contra a própria Recorrente. Assim, por se tratar de matéria fartamente debatida neste Tribunal, adoto como razão de decidir o voto proferido no acórdão 3302-002.012 (PA 10850.900093/2006-11) que, envolve a ora Recorrente e matéria idêntica a discutida nos presentes autos, a saber:

Conforme se depreende do relatório acima transcrito, os pedidos de restituição e as compensações dele decorrentes foram considerados indevidos uma vez que a fiscalização entendeu como indevidas as deduções da base de cálculo efetuadas pela recorrente.

As divergências foram assim resumidas:

Verificou-se que o interessado excluiu da base de cálculo das contribuições para a Cofins, a título de "Outras Exclusões" valores pagos a prestadores de serviço, clínicas, hospitais, etc.

A recorrente entende que faz jus a exclusão do que ela denomina como sendo atos cooperativos auxiliares (hospitais, clínicas, etc) e os médicos não cooperados, mas que na verdade são valores referentes às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos de que trata o inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98.

É bom destacar que tal benefício não está relacionado a atividade cooperativista, pois está direcionado as operadoras de plano de assistência à saúde.

Sobre este tema são esclarecedores os argumentos externados pela ilustre Conselheira Fabiola C. Keramidas, nos autos do processo nº 13971.002373/200411, que com o brilhantismo de praxe assim pontuou:

"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.

¹ Art. 33. Da decisão caberá recurso voluntário, total ou parcial, com efeito suspensivo, dentro dos trinta dias seguintes à ciência da decisão.

Isso porque, a despeito de, assim como nos itens analisados anteriormente, existir uma rubrica contábil indicando quais seriam/onde estariam os eventos ocorridos, fato é que os agentes administrativos têm apresentado o entendimento de que esta não pode ter sido a intenção do legislador, uma vez que o PIS e Cofins incidem sobre o faturamento e ao praticar a exclusão de toda a rubrica contábil, estar-se-ia tributando apenas a receita líquida. Neste sentido, entende a administração que como não é possível a “mudança do conceito de faturamento”, não se admite, ao contribuinte, qualquer exclusão referente a este inciso. De acordo com este raciocínio a fiscalização proferiu várias interpretações no sentido de não permitir aos contribuintes a exclusão das bases de cálculos do PIS e COFINS do valor pago aos credenciados.

A meu ver é impossível esta interpretação, sob pena de expressa negativa à aplicação do dispositivo legal, o que não pode ser feito pela administração pública. Que o dispositivo estabeleceu alguma espécie de exclusão, não resta dúvida, e para tal conclusão basta ler os termos da lei.

Vejamos os exatos termos trazidos sobre este assunto no parágrafo 9º do artigo 3º da Lei nº 9.718/98, a saber:

“§ 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 pagos, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.”

Da análise do texto citado, parece-me que para decifrar a intenção do legislador é preciso repartir o dispositivo em duas partes: (a) indenizações de eventos ocorridos e efetivamente pagos e (b) valores recebidos a título de transferência de responsabilidades.

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.

A expressão “... poderão deduzir o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos...” é óbvia. Inconteste que é possível a exclusão de algum valor, a questão, a meu ver é: qual valor?

Ao meu sentir, impedir a exclusão de qualquer valor em relação a este inciso por entender que seria “tributação de receita líquida” é uma discussão que não pertence a este tribunal administrativo e uma interpretação defesa às autoridades administrativas. Se o questionamento é sobre a regularidade/constitucionalidade da lei, no sentido do desvirtuamento da intenção do legislador, é preciso que os órgãos competentes (no caso a Advocacia Geral da União – AGU) tomem as medidas cabíveis para obter a invalidade do dispositivo normativo. Não compete ao auditor fiscal, assim como ao julgador administrativo, deixar de aplicar a lei, sob pena de responsabilidade funcional.

É preciso que, ao menos, seja feita a interpretação do dispositivo mencionado. Somente se permite a restrição da redução definida pelo legislador se

ela for pautada na interpretação do dispositivo legal. Assim, minha questão quanto ao posicionamento adotado pela fiscalização é: se os agentes administrativos entendem que o pagamento aos credenciados e a rede própria não consistem em indenizações dos eventos ocorridos, o que consiste?

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.

Com este raciocínio questiono: qual o conceito de eventos ocorridos? O que o legislador pretendeu, ao expressamente conceder a possibilidade de redução da base de cálculo dos tributos em discussão?

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 coaduna 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)O credenciado presta o serviço para o beneficiário;Janeiro /XI

(2)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.Fevereiro/XI

(3)apenas após validar a informação da credenciada a OPS realiza o pagamento.Março/XI

As operadoras de saúde possuem sistemas de controles internos contábeis e extracontábeis, 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 ressarci-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 congêneres (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 E 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.

Assim, entendo que devam ser excluídos da base de cálculo das contribuições os pagamentos de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, valores estes relacionados ao item III do dispositivo legal ora analisado.

Neste contexto são indevidas as glosas efetuadas pela autoridade fiscal relacionadas a pagamentos de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros, devendo o processo retornar a DRF para que o pedido de restituição e as compensações a ele vinculadas sejam reanalisadas, devendo o crédito ser reconstituído e verificada a sua suficiência para fins da compensação pretendida.

Assim, voto por DAR PROVIMENTO ao Recurso Voluntário, nos termos do voto acima transcrito.

Nestes termos, entendo que é direito da Recorrente excluir, da base de cálculo da contribuição aqui tratada, os valores pagos a prestadores de serviços, clínicas, hospitais, etc..., outrora registrados na conta "Outras Exclusões", devendo, assim, o processo

Processo nº 13866.000151/2003-81
Acórdão n.º **3302-005.780**

S3-C3T2
Fl. 178

retornar a DRF para que o pedido de restituição e as compensações a ele vinculadas sejam reanalisadas, devendo o crédito ser reconstituído e verificada a sua suficiência para fins da compensação pretendida.

III. - Conclusão

Diante do exposto, voto por dar provimento ao recurso voluntário.

É como voto.

(assinado digitalmente)

Walker Araujo