



**MINISTÉRIO DA ECONOMIA**  
Conselho Administrativo de Recursos Fiscais



**Processo nº** 13982.720030/2011-32  
**Recurso** Voluntário  
**Acórdão nº** **3201-007.284 – 3ª Seção de Julgamento / 2ª Câmara / 1ª Turma Ordinária**  
**Sessão de** 24 de setembro de 2020  
**Recorrente** UNIMED CHAPECÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DA REGIÃO OESTE CATARINENSE  
**Interessado** FAZENDA NACIONAL

**ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL (COFINS)**

Período de apuração: 01/01/2007 a 31/12/2007

O RECURSO VOLUNTÁRIO NÃO MERECE SER CONHECIDO QUANDO INCIDIR A SÚMULA CARF 01

Importa renúncia às instâncias administrativas a propositura pelo sujeito passivo de ação judicial por qualquer modalidade processual, antes ou depois do lançamento de ofício, com o mesmo objeto do processo administrativo, sendo cabível apenas a apreciação, pelo órgão de julgamento administrativo, de matéria distinta da constante do processo judicial.

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

Período de apuração: 01/01/2007 a 31/12/2008

O RECURSO VOLUNTÁRIO NÃO MERECE SER CONHECIDO QUANDO INCIDIR A SÚMULA CARF 01:

Importa renúncia às instâncias administrativas a propositura pelo sujeito passivo de ação judicial por qualquer modalidade processual, antes ou depois do lançamento de ofício, com o mesmo objeto do processo administrativo, sendo cabível apenas a apreciação, pelo órgão de julgamento administrativo, de matéria distinta da constante do processo judicial.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por maioria de votos, em não conhecer do Recurso em razão da concomitância. Vencida a Relatora que negava provimento ao Recurso. Designado para redigir o voto vencedor o conselheiro Márcio Robson Costa.

(documento assinado digitalmente)

Paulo Roberto Duarte Moreira - Presidente

(documento assinado digitalmente)

Mara Cristina Sifuentes – Relatora

(documento assinado digitalmente)

Márcio Robson Costa – Redator designado

Participaram do presente julgamento os Conselheiros: Hélcio Lafeta Reis, Leonardo Vinicius Toledo de Andrade, Leonardo Correia Lima Macedo, Pedro Rinaldi de Oliveira Lima, Mara Cristina Sifuentes, Laercio Cruz Uliana Junior, Marcio Robson Costa, Paulo Roberto Duarte Moreira

## Relatório

Por bem descrever os fatos adoto o relatório que consta no Acórdão recorrido:

Trata-se de Auto de Infração relativo à falta/insuficiência de recolhimento da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), no valor de R\$ 1.001.058,35, e da contribuição para o PIS/Pasep, no valor de R\$216.895,97, acrescidos de juros de mora e multa proporcional, referente ao período de 01/01/2007 a 31/12/2008.

A empresa em epígrafe trata-se de uma cooperativa de profissionais médicos, operadora de plano de assistência à saúde.

Segundo o Termo de Verificação Fiscal (fls. 31/37), a contribuinte impetrou Mandado de Segurança perante a Vara Federal de Joaçaba/SC, referente aos autos nº. 99.70016458, sendo que, conforme cópia da petição inicial, a contribuinte busca provimento judicial que lhe assegure a não apurar a Cofins sobre os atos cooperativos próprios da finalidade da impetrante. Conforme consulta processual, constatou-se ainda a não existência de qualquer provimento judicial que dê guarida ao pleito da contribuinte, posto que o processo aguarda o julgamento do recurso extraordinário, com reconhecimento de matéria de repercussão geral pelo Supremo Tribunal Federal – STF.

Foi juntada a petição da contribuinte, com vistas a delimitar o litígio no âmbito do contencioso administrativo, haja vista o disposto no Ato declaratório nº. 3, de 14 de fevereiro de 1996.

A base de cálculo considerada pela fiscalização foi o faturamento, correspondente à receita bruta, conforme dispõe a Lei nº. 9.718/98, art. 2º. e 3º., Decreto nº. 4.524/02, IN SRF nº. 247/02, art. 10, e IN SRF nº. 635/06, art. 6º., caput.

Os valores discriminados nas planilhas “Demonstrativo de Apuração PIS e da Cofins – 2007 e 2008 (PIS e Cofins a lançar)” foram compulsados nos valores lançados nas planilhas de Composição dos Saldos das Rubricas Contábeis/Planilha Auxiliar de Determinação dos Ingressos/Receitas/Glosas/Deduções (2007 e 2008)”, extraídos da contabilidade regular da contribuinte, conforme arquivo digital entregue pelo mesmo em atendimento aos termos de intimações.

Foram consideradas as deduções legais, conforme item “5.1.3. Das deduções relativas às sociedades cooperativas de médicos que operam planos de assistência à saúde”.

No item “6. Da apuração do Pis e da Cofins a ser lançada” do relatório fiscal, consta que as contribuições foram apuradas na forma cumulativa, com a alíquota de 3% para o cálculo da Cofins e 0,65% para o cálculo do PIS.

Nas razões da impugnação, inicialmente, a contribuinte esclarece que a lide se resume à dedutibilidade dos valores por ela repassados aos seus próprios cooperados (médicos, clínicas, laboratórios, etc.) e em função da atividade de operadora de planos de saúde.

Após, remete ao §9º. do art. 3º., I, da Lei nº. 9.718/98 para alegar que as deduções permitidas neste dispositivo não excluem as deduções relativas às vendas canceladas, os descontos incondicionais, as reversões de provisões, a receita da venda de ativos imobilizados; e que, conforme o art. 15 da Medida Provisória nº. 2.15835/2001, por ser uma sociedade cooperativa, faz jus à dedução dos atos cooperativos da base de cálculo das contribuições ao PIS e Cofins.

Aduz que, conforme o §1º. do inciso I, do artigo 2º. da Lei nº. 9.715/98, a impugnante, além da contribuição sobre a folha de pagamento mensal, também paga a contribuição sobre o faturamento, em relação às receitas decorrentes de operações praticadas com não associados.

Sustenta que, conforme a legislação vigente, por ser uma cooperativa médica operadora de plano de saúde, são permitidas as seguintes deduções cumulativas da base de cálculo das

contribuições ao PIS e Cofins: a) as deduções asseguradas às operadoras de planos de saúde; b) as deduções asseguradas às sociedades cooperativas.

Alega que a Receita Federal não deduziu da base de cálculo das referidas contribuições, os valores mensais repassados aos cooperados (médicos, clínicas, etc.), e que o equívoco, na sua concepção, está na interpretação dada ao Mandado de Segurança n.º 97.70016458, impetrado contra o Delegado da Receita Federal de Joaçaba. Segundo ela, o referido mandado de segurança teve por objeto afastar a incidência da Cofins sobre o faturamento porque, no entendimento da impugnante, a contribuição ao Cofins não poderia ser exigida das sociedades cooperativas com base em lei ordinária. Ainda, o referido mandado de segurança foi julgado improcedente e deve transitar em julgado nestes termos, em vista de entendimento do Supremo Tribunal Federal; contudo, não obstante a sua improcedência e ainda que tenha tratado somente da contribuição ao Cofins, este fato em nada prejudica as exclusões da base de cálculo das contribuições ao PIS e Cofins às administradoras de planos de saúde e às sociedades cooperativas.

Sustenta que as deduções são legalmente permitidas e se aplicam incondicionalmente e cumulativamente à impugnante.

Traz excertos de acórdãos emanados do TRF4 e termina por reiterar que à impugnante estão permitidas tanto as deduções da base de cálculo das contribuições ao PIS e Cofins asseguradas às operadoras de planos de saúde como àquelas relativas às sociedades cooperativas.

A impugnação foi julgada pela DRJ Florianópolis, acórdão n.º 07-29.779, de 10/08/201206, improcedente por unanimidade de votos.

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

Período de apuração: 01/01/2007 a 31/12/2008

**COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS. RECEITA BRUTA DECORRENTE DE ATOS EMPRESARIAIS. PLANOS DE SAÚDE. TRIBUTAÇÃO.**

Os atos de venda dos serviços médicos dos cooperados (e terceiros não cooperados) se traduz na comercialização de planos de saúde, sendo que os valores recebidos dos usuários, seja diretamente ou na forma de mensalidades do plano de saúde, constitui-se em receita bruta da cooperativa decorrente de atos empresariais, sujeitando-se à tributação.

**OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES ESPECÍFICAS.**

A deduções específicas da base de cálculo das contribuições das operados de plano de saúde são àquelas previstas no §9º., do art. 3º. da Lei n.º 9.718/98 (incluído pela Medida Provisória n.º 2.158-35 de agosto de 2001).

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

Período de apuração: 01/01/2007 a 31/12/2008

**CUMULATIVIDADE. FATURAMENTO. ATO COOPERATIVO.**

Em virtude da revogação do art. 6º da LC n.º 70, de 1991, efetuada pela Medida Provisória n.º 1.8586, de 1999 e suas reedições, as Sociedades Cooperativas em geral passaram a recolher o PIS/Cofins sobre o seu faturamento, conforme a Lei 9.718/98, o qual deve ser entendido como a soma das receitas oriundas do exercício das atividades empresariais, sendo irrelevante o fato desta receita ser ou não oriunda de ato cooperativo.

**COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS. RECEITA BRUTA DECORRENTE DE ATOS EMPRESARIAIS. PLANOS DE SAÚDE. TRIBUTAÇÃO.**

Os atos de venda dos serviços médicos dos cooperados (e terceiros não cooperados) se traduz na comercialização de planos de saúde, sendo que os valores recebidos dos usuários, seja diretamente ou na forma de mensalidades do plano de saúde, constitui-se em receita bruta da cooperativa decorrente de atos empresariais, sujeitando-se à tributação.

**OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES ESPECÍFICAS.**

A deduções específicas da base de cálculo das contribuições das operados de plano de saúde são àquelas previstas no §9º., do art. 3º. da Lei n.º 9.718/98 (incluído pela Medida Provisória n.º 2.158-35 de agosto de 2001).

Regularmente cientificada a empresa apresentou Recurso Voluntário, onde alega, resumidamente:

- os valores utilizados pela fiscalização foram apurados nos documentos fiscais apresentados pela recorrente por isso não os contesta;

- protesta pela dedutibilidade dos valores repassados aos cooperados;

É o relatório.

## Voto Vencido

Conselheira Mara Cristina Sifuentes, Relatora.

O presente recurso é tempestivo e preenche as demais condições de admissibilidade por isso dele tomo conhecimento.

Como existe um Mandado de segurança impetrado pela recorrente é necessário analisar os limites do litígio para se verificar se não estamos diante de uma concomitância, o que implicaria o não conhecimento do recurso.

Esse tema foi analisado pela DRJ, que conclui que não havia concomitância no que se relaciona à matéria diferenciada no que se refere às contribuições para a Cofins, a qual trata das deduções da base de cálculo dos valores repassados aos seus próprios cooperados (médicos, clínicas, laboratórios, etc.) e em função da atividade de operadora de planos de saúde, por isso foi possível adentrar no mérito do pleito:

1) Dos limites do litígio:

Inicialmente, cumpre que se verifique os termos da petição inicial do processo judicial interposto pelo contribuinte, onde constam os seguintes fundamentos, conforme petição inicial:

a) não incidência tributária da Cofins sobre os atos cooperativos das sociedades cooperativas, pela falta de materialidade do fato imponible;

b) a Medida Provisória n.º 1.85810 viola flagrantemente o princípio da isonomia tributária estatuído no artigo 150, inciso II, da Constituição Federal de 1988;

c) a Lei n.º 9.718/98 que ampliou a base de cálculo da Cofins foi promulgada antes da Emenda Constitucional n.º 20, que fundamentava o alargamento, razão pela qual nasceu inconstitucional e, por conseguinte, sem eficácia jurídica;

d) uma Medida Provisória jamais poderia desconsiderar a não incidência da Cofins sobre os atos cooperativos, seja pela hierarquia das normas, e, até mesmo, pela falta do cumprimento de requisito essencial – urgência – para a edição de Medidas Provisórias.

O litígio que ora se analisa versa, em síntese, sobre os valores lançados a título de contribuições para a Cofins e o PIS, incidentes sobre a receita bruta da contribuinte, os quais são impugnados, em linhas gerais, em razão da contribuinte entender que não há incidência sobre atos cooperados, sendo que também questiona o fato de não terem sido deduzidos da base de cálculo os valores por ela repassados aos seus próprios cooperados (médicos, clínicas, laboratórios, etc.) e em função da atividade de operadora de planos de saúde.

Desta forma, têm se que, no que tange às contribuições para a Cofins, a contribuinte acionou, concomitantemente, as instâncias judicial e administrativa, no que diz respeito à não tributação sobre os atos cooperativos, pelo que traz os mesmos fundamentos.

Por meio do Ato Declaratório Normativo n.º 03/1996, as unidades da Secretaria da Receita Federal foram orientadas a não conhecerem dos recursos interpostos pelos contribuintes, naqueles casos em que o objeto e as causas de pedir forem idênticas àquelas postas à apreciação da Justiça (opera se, neste caso, uma renúncia tácita do contribuinte ao recurso administrativo). De se atentar o conteúdo do ato legal:

O COORDENADOR GERAL DO SISTEMA DE TRIBUTAÇÃO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 147, item III, do regimento interno da Secretaria da Receita Federal,

aprovado pela Portaria do Ministro da Fazenda n.º 606, de 03 de setembro de 1992, e tendo em vista o Parecer COSIT n.º 27/96, DECLARA, em caráter normativo, às Superintendências Regionais da Receita Federal, às Delegacias da Receita Federal de Julgamento e aos demais interessados, que:

a) a propositura pelo contribuinte, contra a Fazenda, de ação judicial por qualquer modalidade processual, antes ou posteriormente à autuação, com o mesmo objeto, importa a renúncia às instâncias administrativas, ou desistência de eventual recurso interposto;

b) conseqüentemente, quando diferentes os objetos do processo judicial e do processo administrativo, este terá prosseguimento normal no que se relaciona à matéria diferenciada (p.ex., aspectos formais do lançamento, base de cálculo, etc.); (g.n.)

Tal ato administrativo, é de se ressaltar, encontra escudo em outros dispositivos legais, como tais o artigo 38 da Lei n.º 6.380/1980, que estabelece que a propositura, pelo contribuinte, de ação judicial, importa em renúncia ao poder de recorrer na esfera administrativa e desistência do recurso acaso interposto. Também o parágrafo 2.º do artigo 1.º do Decreto Lei n.º 1.737/1979, que determina que a propositura, pelo contribuinte, de ação anulatória ou declaratória da nulidade do crédito da Fazenda Nacional importa em renúncia ao direito de recorrer na esfera administrativa e desistência do recurso interposto.

Isso posto, diante de tão farto instrumental legal, o que se impõe a este juízo administrativo é, em estrita subordinação aos itens “a” e “c” do ADN n.º 03/1996, não conhecer da manifestação de inconformidade apresentada pela contribuinte no que tange aos mesmos fundamentos utilizados no processo judicial.

Contudo, este terá prosseguimento normal no que se relaciona à matéria diferenciada no que se refere às contribuições para a Cofins, a qual trata das deduções da base de cálculo dos valores repassados aos seus próprios cooperados (médicos, clínicas, laboratórios, etc.) e em função da atividade de operadora de planos de saúde.

Em relação às contribuições para o PIS, há que se analisar os termos da impugnação em sua totalidade, na medida em que não foram objeto de ação judicial.

A recorrente esclarece que a lide se resume à dedutibilidade dos valores por ela repassados aos seus próprios cooperados (médicos, clínicas, laboratórios, etc.) e em função da atividade de operadora de planos de saúde. Na sequência, alega que, conforme o art. 15 da Medida Provisória n.º 2.158-35/2001, por ser uma sociedade cooperativa, faz jus à dedução dos atos cooperativos da base de cálculo das contribuições ao PIS e Cofins.

A Lei Complementar n.º 70, de 1991 isentou da contribuição os atos cooperativos próprios das finalidades das cooperativas:

Art. 6º São isentas da contribuição:

I as sociedades cooperativas que observarem ao disposto na legislação específica, quanto aos atos cooperativos próprios de suas finalidades;

(...).

A definição do que seriam os “atos cooperativos” era extraída do artigo 79 da Lei n.º 5.764, de 1971:

Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associadas, para a consecução de seus objetivos sociais.

Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.

Por esse dispositivo as cooperativas gozavam de isenção tributária em relação aos seus atos cooperativos. Posteriormente, porém, a Medida Provisória n.º 1.858-6, de 29 de junho

de 1999, e suas reedições (MP n.º 2.158-35, de 2001), revogou expressamente, a partir de 30 de junho de 1999, a isenção das contribuições quanto aos atos cooperativos próprios das finalidades das cooperativas.

O PIS/Pasep e Cofins devido pelas sociedades cooperativas passou a ser apurada em conformidade com o disposto na Medida Provisória n.º 1.858-7, de 1999 (Ato Declaratório SRF n.º 88, de 1999), sendo irrelevante, então, o fato de a receita ser ou não oriunda de ato cooperativo.

O Parecer Normativo CST n.º 38, de 31/10/80, ao dispor sobre as cooperativas de médicos, traz os seguintes esclarecimentos:

### 3 DAS COOPERATIVAS DE MÉDICOS

#### 3.1 – Atos Cooperativos

As cooperativas singulares de médicos, ao executarem as operações descritas em 2.3.1, estão plenamente abrigadas da incidência tributária em relação aos serviços que prestem diretamente aos associados na organização e administração dos interesses comuns ligados à atividade profissional, tais como os que buscam a captação de clientela; a oferta pública ou particular dos serviços associados; a cobrança e o recebimento de honorários; o registro, controle e distribuição periódica dos honorários recebidos; a apuração e cobrança das despesas da sociedade, mediante rateio na proporção direta da fruição dos serviços pelos associados; cobertura de eventuais prejuízos com recursos provenientes do Fundo de Reserva (art. 28, I) e, supletivamente, mediante rateio entre os associados, na razão direta dos serviços usufruídos (art. 89).

#### 3.2 – Atos Não Cooperativos, Diversos dos Legalmente Permitidos.

Se, conjuntamente com os serviços dos sócios, a cooperativa contrata com a clientela, a preço global não discriminativo, ainda o fornecimento, a esta, de bens ou serviços de terceiros e/ou cobertura de despesas com (a) diárias e serviços hospitalares, (b) serviços de laboratórios, (c) serviços odontológicos, (d) medicamentos e (e) outros serviços, especializados ou não, por não associados, pessoas físicas ou jurídicas, é evidente que estas operações não se compreendem nem entre os atos cooperativos nem entre os excepcionalmente facultados pela lei, resultando, portanto, em modalidade contratual com traços de seguro saúde.

#### 3.3 – Intermediação

Como estas obrigações contratuais não poderão ser cumpridas diretamente pela cooperativa porque seu objetivo social é voltado internamente aos associados, nem pelos associados na condição de prestadores de serviços médicos, torna-se logicamente imprescindível à aquisição daqueles bens/serviços de outras sociedades ou de outros profissionais, o que evidentemente, é característica da mercancia, ou seja, a intermediação.

Em síntese o campo de incidência corresponde às atividades inerentes à cooperativa, ou seja, àquelas que envolvem os serviços que prestem diretamente aos associados na organização e administração dos interesses comuns ligados à atividade profissional.

Na cooperativa, a finalidade está vinculada à atividade própria do associado. O objeto da cooperativa somente pode ser a prestação de serviços diretamente aos associados desta, nunca à prestação de serviços a terceiros. É o que se deduz da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, art. 4º:

Art. 4º As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, ... (...)

Dispõe a Lei nº 5.764, de 1981, art. 79:

Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais.

Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.

No caso concreto temos uma cooperativa com administração dos custos e despesas, de forma a prover a cobertura integral dos custos com os associados, com os terceiros contratados, e com atividades administrativas, atuando como uma empresa de plano de saúde.

Recebe o pagamento de prestação mensal para cobrir os custos de todo e qualquer procedimento, que não são prestados aos associados da cooperativa, mas aos clientes do plano de saúde.

Quando a cooperativa contrata serviços de terceiros, tais como hospitais e outros médicos credenciados, retira de suas receitas as origens de recursos para custeio do serviço, o que não se configura como ato cooperativo, mas sim ato de mercancia.

Assim as receitas auferidas com os pagamentos mensais não são dos médicos cooperados, pois a razão jurídica do pagamento do plano de saúde é diversa da razão jurídica do pagamento do serviço que o médico presta ao seu paciente. No primeiro caso estamos diante de um contrato entre a cooperativa e o cliente, onde o médico associado fica de fora do ato praticado pela cooperativa. Na segunda, é o serviço prestado ao paciente, que a cooperativa paga ao médico: os honorários.

Há receitas de naturezas diversas: uma auferida pela cooperativa, em face do contrato de plano de saúde com o cliente, e outra auferida pelo associado ou credenciado, em face da prestação específica do serviço médico.

Desta forma, o valor global dos pagamentos mensais efetuados pelos clientes, que é um pagamento relativo a plano de saúde, se caracteriza como receita própria da cooperativa. Os atos da venda dos serviços médicos dos cooperados (e terceiros não cooperados) se traduz na venda de planos de saúde, onde os valores das receitas referem-se aos serviços a eles prestados por associados ou por terceiros, contratados pela cooperativa.

A recorrente sustenta que por ser uma cooperativa médica operadora de plano de saúde, são permitidas as seguintes deduções cumulativas da base de cálculo das contribuições ao PIS e Cofins:

- a) as deduções asseguradas às operadoras de planos de saúde;
- b) as deduções asseguradas às sociedades cooperativas.

Todavia, com respaldo na Lei 9.718/98, art. 3º., § 9º., a Instrução Normativa SRF n.º 635 de 24/03/2006, dispõe especificamente sobre as deduções da Base de Cálculo das Cooperativas de Médicos em seu artigo 17:

Art. 17. A base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, apurada pelas sociedades cooperativas de médicos que operem plano de assistência à saúde, pode ser ajustada, além do disposto nos arts. 9º e 10, pela:

I exclusão dos valores glosados em faturas emitidas contra planos de saúde;

II dedução dos valores das co-responsabilidades cedidas;

III dedução das contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas; e  
V dedução do valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.

§1º As glosas dos valores, de que trata o inciso I do caput, devem ser decorrentes de auditoria médica dos convênios e planos de saúde nas faturas, em razão da prestação de serviços e de fornecimento de materiais aos seus conveniados.

§2º As disposições dos incisos II a IV do caput aplicam-se aos fatos geradores ocorridos a partir de 1º de dezembro de 2001.

Em que pesem os argumentos da recorrente, as deduções legais da Base de Cálculo das Cooperativas de médicos foram regularmente consideradas, conforme consta do Termo de Verificação Fiscal.

Ademais é importante reproduzir voto do ex integrante dessa turma Conselheiro Rosaldo Trevisan, no processo 10660.001028/2004-86, em que analisa o escopo da cobrança do PIS e Cofins para as cooperativas de saúde, e que expõe o posicionamento que tem sido adotado pelas turmas do CARF:

#### **Das deduções permitidas na apuração das contribuições a operadoras de planos de saúde**

Como exposto anteriormente, as alterações promovidas no tema originalmente tratado no § 9º do artigo 3º da Lei nº 9.718/1998 (esclarecimentos constantes nos §§ 9º-A e § 9º-B) foram no sentido de esclarecer ao alcance das deduções, principalmente daquelas previstas no inciso III do parágrafo (“*valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades*”), sendo o esclarecimento legal (§ 9º-A) que redundou na redução da autuação no sentido de que o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos é entendido como “*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*”, e o esclarecimento do § 9º-B no sentido de que “*não são considerados receita bruta das administradoras de benefícios os valores devidos a outras operadoras de planos de assistência à saúde*”.

Tratei da incidência das contribuições em dois julgados, na extinta Terceira Turma da Quarta Câmara da Terceira Seção deste CARF, nos quais aquela turma acabou assentando posicionamento sobre o tema, em 2013 (UNIMED-Petrópolis e UNIMED-Salvador).

O primeiro julgado ilustra o fenômeno ocorrido com a alteração da legislação em 2001, pois a autuação, naquele processo, tratava de 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).

Dos itens 2 e 3 da exposição de motivos da referida Medida Provisória se extrai que o objetivo do parágrafo adicionado foi 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)

Recorde-se que tal matéria, nestes autos, está sob o crivo do Poder Judiciário.

No segundo precedente, tratou-se de autuação exclusivamente referente a período posterior à MP nº 2.158-35/2001 (como é o caso do presente processo), buscando 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 daquela 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 pendidas (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 congêneres**. 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:

	O credenciado presta o serviço para o beneficiário.	Janeiro /X1
	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 congênera). A OPS reconhece a despesa quando desse aviso/notificação.	Fevereiro /X1
	Apenas após validar a informação da credenciada a OPS realiza o pagamento.	Março /X1

(...)

Neste diapasão, os eventos ocorridos em janeiro/X1, serão reconhecidos contabilmente em fevereiro/X1, quando AVISADOS, e efetivamente pagos a partir de março/X1, 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 **ADICÃO**, 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.

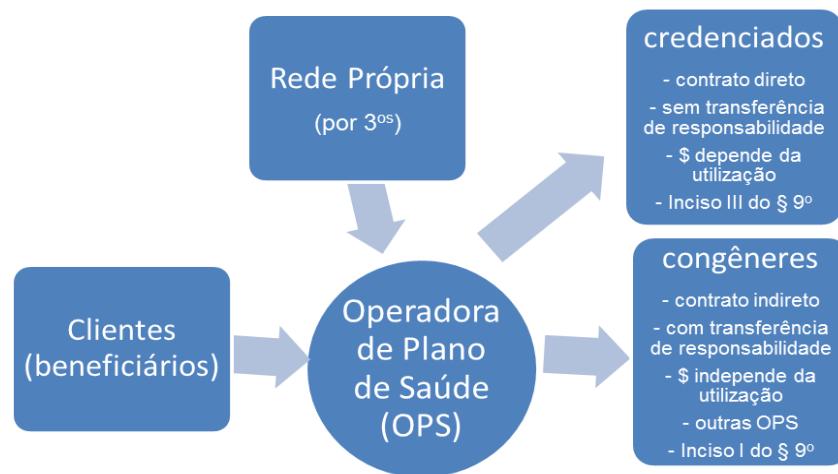
**A meu ver, é evidente que esta receita – mensalidade recebida pela Recorrente para atender beneficiários, ainda que de terceiros – é faturamento da Recorrente.**

(...)

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)

Acolhe-se aqui a argumentação transcrita de tal voto-paradigma, que tem norteado julgamentos no âmbito do CARF desde março de 2013 (v.g., Acórdãos n. 3403-002.049, 3403-002.051 e 3403-002.466). E, a partir do exposto, elabora-se representação gráfica simplificada, que facilita a visualização das situações tratadas nos incisos I e III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998:



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).

No caso em análise, percebe-se, após as duas conversões em diligência iniciais, que as exclusões de deduções efetuadas pela fiscalização se referem (fl. 773 – cf. excerto aqui já transcrito) a “valores de pagamentos efetuados aos seus médicos e às empresas credenciadas por atendimentos de operações de intercâmbio ou por beneficiários atendidos de outras operadoras”.

E tal entendimento é endossado na conclusão da terceira diligência (fl. 890):

“O objeto desta análise reporta-se em parte às deduções da base de cálculo que, basicamente, corresponde aos eventos ocorridos efetivamente pagos e, de acordo com a nova interpretação nos termos do § 9º A do artigo 3º da Lei nº 9.718/98, alterado pela Lei nº 12.873/13, genericamente, incluem-se os custos. Nesta parte, acreditamos que não é a questão.

Conforme já destacado no relatório anterior, a parte das importâncias recebidas a título de transferências de responsabilidades correspondem às exclusões das deduções, às quais são os **valores reembolsados aos médicos e seus credenciados, decorrentes de atendimentos de**

**intercâmbios relativos a atendimentos aos beneficiários de outras operadoras, que são os valores das Unimed's co-irmãs.**

A questão é que a contabilização desses valores para reembolsos de operações de intercâmbios é mostrada como pagamentos de outros atendimentos de beneficiários da própria operadora. Os valores reembolsados são os que são repassados a seus médicos e credenciados e são formalizados e escriturados em operações de intercâmbio, pois as Unimed's, na maioria das vezes, não cobram taxas de administração umas das outras pelos atendimentos.

Logo, os **valores faturados e recebidos, da rubrica intercâmbio, são os efetivamente transferidos aos seus médicos e credenciados**, constituindo na parcela a ser excluída dos eventos ocorridos, conforme exposto também no relatório de diligência anterior.”

Pelo que aqui se esclareceu, o procedimento fiscal foi correto, pois, segundo o dispositivo legal invocado (§ 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998), os valores recebidos pela recorrente para atender beneficiários, ainda que de terceiros, constitui, à luz do exposto, faturamento da recorrente.

Pelo exposto, conheço do recurso voluntário, para no mérito negar-lhe provimento.

(documento assinado digitalmente)

Mara Cristina Sifuentes

## **Voto Vencedor**

Conselheiro Márcio Robson Costa , Redator.

Tendo sido designado pelo Presidente para redigir o voto vencedor, exponho na sequência o entendimento que prevaleceu no julgamento do Recurso Voluntário, trazendo a cronologia dos fatos relevantes para o deslinde da decisão.

No Termo de Verificação Fiscal (fl.31/37) restou declarado que:

Em resposta, o contribuinte carrou o expediente datado de 17/01/2011 no qual assevera que impetrou Mandado de Segurança perante a Vara Federal de Joaçaba - SC, referente aos autos no 99.7001645-8. Correspondente cópia da petição inicial da referida ação, donde emerge que o contribuinte busca provimento judicial que lhe assegure a NÃO apurar a COFINS "sobre os atos cooperativos próprios da finalidade da impetrante".

De acordo com a consulta processual, constatou-se a NÃO existência de qualquer provimento judicial que dê guarida ao pleito do contribuinte. **O processo aguarda o julgamento do recurso extraordinário, com reconhecimento de matéria de repercussão geral pelo Supremo Tribunal Federal - STF. (Grifei)**

Trata-se do RE 598085, Relator (a): Min. Luiz Fux, Tribunal Pleno, julgado em 06/11/2014, acórdão eletrônico repercussão geral, que restou assim emendado:

EMENTA: RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. TRIBUTÁRIO. ATO COOPERATIVO. COOPERATIVA DE TRABALHO. SOCIEDADE COOPERATIVA

PRESTADORA DE SERVIÇOS MÉDICOS. POSTO REALIZAR COM TERCEIROS NÃO ASSOCIADOS (NÃO COOPERADOS) VENDA DE MERCADORIAS E DE SERVIÇOS SUJEITA-SE À INCIDÊNCIA DA COFINS, PORQUANTO AUFERIR RECEITA BRUTA OU FATURAMENTO ATRAVÉS DESTES ATOS OU NEGÓCIOS JURÍDICOS. CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE “ATO NÃO COOPERATIVO” POR EXCLUSÃO, NO SENTIDO DE QUE SÃO TODOS OS ATOS OU NEGÓCIOS PRATICADOS COM TERCEIROS NÃO ASSOCIADOS (COOPERADOS), EX VI, PESSOAS FÍSICAS OU JURÍDICAS TOMADORAS DE SERVIÇO. POSSIBILIDADE DE REVOGAÇÃO DO BENEFÍCIO FISCAL (ISENÇÃO DA COFINS) PREVISTO NO INCISO I, DO ART. 6º, DA LC N.º 70/91, PELA MP N.º 1.858-6 E REEDIÇÕES SEGUINTE, CONSOLIDADA NA ATUAL MP N.º 2.158-35. A LEI COMPLEMENTAR A QUE SE REFERE O ART. 146, III, “C”, DA CF/88, DETERMINANTE DO “ADEQUADO TRATAMENTO TRIBUTÁRIO AO ATO COOPERATIVO”, AINDA NÃO FOI EDITADA. EX POSITIS, DOU PROVIMENTO AO RECURSO EXTRAORDINÁRIO.

O litígio que ora se analisa versa em síntese sob dois cenários a ser compreendido, se há ou não incidência sobre os valores lançados a título de contribuições para a COFINS e o PIS, incidentes sobre a receita bruta da contribuinte sobre os **atos cooperados** próprios ou internos (aqueles realizados pela cooperativa com os seus associados/cooperados na busca dos seus objetivos institucionais), bem como os **atos não cooperados**.

Sobre os **atos cooperativos** (Lei n.º. 5.764/71 art. 79) não geram receita nem faturamento para as sociedades cooperativas. Não compõem, portanto, o fato impositivo para incidência das contribuições.

Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais.

**Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.**

Nesse sentido o voto do ilustre Min. LUIZ FUX (RELATOR) no RE 598085, onde ao fixar o “*thema decidendum*”, de forma a estabelecer os exatos contornos dos efeitos da repercussão geral que ora fora apreciada para a solução do *leading case*, fez a seguinte citação:

Nessa linha de pensar, atos cooperativos próprios ou internos somente seriam aqueles realizados pela cooperativa com os seus associados (cooperados), na esteira do professor NASCIMENTO, Carlos Valder do. Teoria geral dos atos cooperativos. São Paulo: Malheiros, 2007. p. 54, que restringe o conceito de ato cooperativo de modo a abranger somente aqueles praticados entre a cooperativa e seus associados, sempre na busca dos objetivos colimados pelo empreendimento.

O voto condutor não hesita em afirmar “A rigor, os atos cooperativos típicos foram reputados isentos”:

5. Retomo a questão central destes autos. A isenção prevista no art. 6º, I, da Lei Complementar n.º 70/91 foi revogada pela Medida Provisória n.º 1.858/98 e reedições seguintes, consolidada na Medida Provisória n.º 2.158/01, tornando-se tributáveis pela Confins as receitas auferidas pelas cooperativas quando prestarem serviços a terceiros não associados. **Dessa forma, permanecem desonerados os chamados atos cooperativos típicos. Nos termos do art. 79, caput, da Lei n.º 5.764/71, o ato cooperativo beneficiado é aquele praticado entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si, os quais devem estar necessariamente relacionados à consecução dos objetivos sociais.** A tese da recorrente propugna que após o advento da disciplina conferida pela Medida Provisória n.º 1858/99 e sucessivas reedições, não subsiste no ordenamento nenhuma disposição que dê

amparo à desoneração de atos cooperativos. Afirma que o art. 79 da Lei nº 5.764/1971 não foi recepcionado com status de lei complementar e que os atos praticados pelos cooperados passaram a ser disciplinados por disposições específicas, que determinam sua sujeição ao âmbito de atuação da norma tributária impositiva. **A rigor, os atos cooperativos típicos foram reputados isentos.(...)**

O Superior Tribunal de Justiça também possui jurisprudência consolidada sobre a não tributação do ato cooperativo pelas contribuições ao COFINS e ao PIS:

PROCESSUAL CIVIL E TRIBUTÁRIO. AGRAVO REGIMENTAL. PIS. COFINS. COOPERATIVA DE TRABALHO. NÃO-INCIDÊNCIA SOBRE OS ATOS COOPERATIVOS TÍPICOS. LEI N. 5.764/71. MATÉRIA INFRACONSTITUCIONAL. COMPETÊNCIA DO STJ. RESERVA DE PLENÁRIO. INCONSTITUCIONALIDADE NÃO DECLARADA. 1. A questão referente à tributação das cooperativas, na forma da Lei n. 5.764/71, é de cunho eminentemente infraconstitucional cabendo ao STJ o seu exame. 2. Afasta-se a submissão da matéria à reserva de plenário quando não há declaração de inconstitucionalidade de determinada norma pelo órgão julgador. 3. **Não há incidência do PIS e da COFINS sobre os atos cooperativos típicos, isto é, aqueles praticados na forma do art. 79 a Lei n. 5.764/71. Por outro lado, incidem as contribuições sobre os atos atípicos, ou seja, aqueles praticados com terceiros.** 4. Precedentes de ambas as Turmas de Direito Público. 5. Agravo regimental não provido. (AgRg no REsp 1046366/RJ, Rel. Min. MAURO CAMPBELL MARQUES, 2aT., julgado em 08/09/2009, DJe 24/09/2009).

Por outro lado, nem sempre as naturezas jurídicas dos valores recebidos pelas cooperativas são provenientes dos seus atos cooperados, mas sim de terceiros. A cooperativa, em relação a terceiros, atua como contratante, ficando a seu cargo o recebimento de pagamentos (faturamento), assim denominado atos não cooperado.

Renato Lopes Becho (2005, p. 190/191 apud CORBELLA, 1987 p.122) apresenta um conceito de ato não cooperado no âmbito da teoria geral dos atos jurídicos: o ato não cooperado é aquele ato normal da cooperativa, também chamado de negócio-fim, [...] realizado dentro do objetivo social da cooperativa, porém não realizado com associado, mas com terceira pessoa [...]. O terceiro não associado é uma pessoa que realiza exatamente o mesmo que um cooperativado, porém sem fazer parte da cooperativa.

Conforme relatado pela Conselheira Mara Cristina Sifuentes, no qual conheceu do recurso voluntário, para no mérito negar-lhe provimento, o tema foi analisado pela DRJ, que conclui que não havia concomitância no que se relaciona à matéria diferenciada no que se refere às contribuições, a qual trata das deduções da base de cálculo dos valores repassados aos seus próprios cooperados (médicos, clínicas, laboratórios, etc.) e em função da atividade de operadora de planos de saúde, por isso tanto a DRJ quanto a Relatora do processo em segunda instância, entenderam ser possível adentrar no mérito do pleito.

Nas razões da impugnação, a recorrente esclarece que o litígio que ora se analisa versa, em síntese, sobre os valores lançados a título de contribuições para a Cofins e o PIS, incidentes sobre a receita bruta da contribuinte, os quais são impugnados, em linhas gerais, em razão da contribuinte entender que não há incidência sobre atos cooperados típicos, sendo que fica evidente que a lide se resume à dedutibilidade dos valores por ela repassados aos seus próprios cooperados (médicos, clínicas, laboratórios, etc.) e em função da atividade de operadora de planos de saúde sobre os atos denominados não cooperativos, praticados com terceiros ou não cooperados. Na sequência, alega que, notadamente faz jus as deduções e exclusões asseguradas às administradoras de planos de assistência à saúde (§ 9º do art. 3º da Lei 9718/1998, incluído

pela Medida Provisória 2158-35/2001), e às sociedades cooperativas (art. 15 da Medida Provisória 2158-35/2001), na base de cálculo das contribuições ao PIS e Cofins.

Oportuno trazer mais um trecho do TVF:

Sobre esta dedução, em especial, existem várias manifestações das Divisões de Tributação de Superintendências Regionais da Receita Federal **dando conta de que a dedução em comento não se refere às operações com associados da própria operadora.**

(...)

**Como se vê a Solução de Consulta e o citado Acórdão do Conselho de Contribuintes** mostram que as deduções previstas no inciso III do § 90do art. 30da Lei 9.718/98, introduzido pela MP 2,158-35, de 24/08/2001, **referem-se aos eventos ocorridos com associados de outras operadoras.**

Sendo assim, o contribuinte foi instado por meio do Termo de Intimação Fiscal - TIF nº 01 de 11/02/2011, a: (...)

Deste contexto é notório que a contribuinte acionou, concomitantemente, as instâncias judicial e administrativa, no que diz respeito à não tributação sobre os atos cooperados, contudo a DRJ não lançou mão do instrumental legal, a que se impõe este juízo administrativo, em estrita subordinação aos itens “a” e “c” do ADN n.º 03/1996, não conhecer da manifestação de inconformidade apresentada pela contribuinte no que tange aos mesmos fundamentos utilizados no processo judicial, quiçá por entender que a matéria de fato a ser apreciada “deduções da base de cálculo dos valores repassados aos seus próprios cooperados, que ora a contribuinte se utilizou”, não seria alvo do Recurso Extraordinário.

Diante todo o exposto e considerando que a fiscalização considerou o faturamento (assim entendido como sendo a totalidade das receitas auferidas pelas sociedades cooperativas), nesse deslinde podem coexistir os atos cooperados e o não cooperados, já que o plano de contas padrão criado pela IN 09/2007, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) permite que as sociedades administradoras de planos de assistência à saúde, e que sejam constituídas na forma de sociedades cooperativas, segreguem a sua contabilidade em operações (receitas e despesas) correspondentes aos atos cooperativos, e aos atos não cooperativos, conseqüentemente as exclusões e deduções a serem observadas, fato que fora aventado no Recurso Extraordinário que ora se ancora a concomitância.

Por fim importante consignar o trecho abaixo no qual finaliza o voto do relator do RE 598085:

Ex positis, dou provimento ao recurso extraordinário para declarar a incidência da COFINS sobre os atos (negócios jurídicos) praticados pela recorrida com terceiros tomadores de serviço, **resguardadas as exclusões e deduções legalmente previstas.** Ressalvo, ainda, a manutenção do acórdão recorrido naquilo que declarou inconstitucional o § 1º do art. 3º da Lei nº 9.718/98, no que ampliou o conceito de receita bruta.

Nesse contexto, constatado que a matéria de fundo do presente processo, que versa sobre Auto de Infração relativo à falta/insuficiência de recolhimento das contribuições, qual seja o adequado tratamento tributário ao ato cooperativo, e que fora levada à apreciação do Poder Judiciário, a turma por maioria de voto decidiu pela concomitância da discussão da matéria nas instâncias administrativa e judiciais, em conformidade com a súmula CARF nº 1:

**Súmula CARF n.º 1**

Importa renúncia às instâncias administrativas a propositura pelo sujeito passivo de ação judicial por qualquer modalidade processual, antes ou depois do lançamento de ofício, com o mesmo objeto do processo administrativo, sendo cabível apenas a apreciação, pelo órgão de julgamento administrativo, de matéria distinta da constante do processo judicial. (**Vinculante**, conforme Portaria MF n.º 277, de 07/06/2018, DOU de 08/06/2018).

Diante o exposto voto por não conhecer do Recurso em razão da concomitância.

(assinado digitalmente)

Márcio Robson Costa