



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

**Processo nº** 18471.000485/2006-54  
**Recurso nº** Voluntário  
**Acórdão nº** 3401-003.962 – 4ª Câmara / 1ª Turma Ordinária  
**Sessão de** 31 de agosto de 2017  
**Matéria** COFINS  
**Recorrente** UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA.  
**Recorrida** FAZENDA NACIONAL

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

Período de apuração: 31/10/2000 a 31/03/2006

BASE DE CÁLCULO. OPERADORAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ART. 3º, § 1º, LEI Nº 9.718/98. INCONSTITUCIONALIDADE.

As receitas que não se caracterizam como próprias da atividade da entidade, tal como estabelecido pelo estatuto ou contrato social, não compõem o seu faturamento, conforme decidido pelo Supremo Tribunal Federal, em repercussão geral, ao declarar a inconstitucionalidade da ampliação do conceito de receita bruta promovida pelo art. 3º, § 1º da Lei nº 9.718/98.

BASE DE CÁLCULO. OPERADORAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. CUSTOS ASSISTÊNCIAIS. ABATIMENTO.

Nos termos do art. 3º, § 9º-A da Lei nº 9.718/98, introduzido, em caráter interpretativo, pela Lei nº 12.873/2013, o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, de que trata o inciso III do § 9º, engloba 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.

Recurso voluntário provido em parte.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do Colegiado, por maioria de votos, dar parcial provimento ao recurso voluntário apresentado para admitir as exclusões dos custos assistenciais com beneficiários próprios, ou de outras operadoras a título de transferência de

responsabilidade, das receitas financeiras, das variações patrimoniais e não operacionais, bem assim, da provisão de risco para as empresas operadoras de planos de saúde, vencidos o Conselheiro André Henrique Lemos, que excluía também as recuperações de despesas, e o Conselheiro Tiago Guerra Machado, que mantinha o lançamento no que se refere às receitas financeiras.

Fenelon Moscoso de Almeida – Presidente Substituto

Robson José Bayerl – Relator

Participaram do presente julgamento os Conselheiros Robson José Bayerl, Augusto Fiel Jorge D'Oliveira, Mara Cristina Sifuentes, André Henrique Lemos, Fenelon Moscoso de Almeida, Tiago Guerra Machado e Leonardo Ogassawara de Araújo Branco. Participou do julgamento, ainda, em substituição ao Conselheiro Rosaldo Trevisan, o Conselheiro suplente Cleber Magalhães.

## **Relatório**

Cuida-se de auto de infração para exigir COFINS decorrente da não inclusão dos denominados “atos cooperativos auxiliares” (serviços médico-hospitalares, diagnósticos e tratamentos auxiliares) na base de cálculo da contribuição, no período de outubro/2000 a março/2006.

Em impugnação o contribuinte apontou, preliminarmente, a decadência parcial do lançamento; a existência de decisão judicial suspendendo a incidência do tributo (MS 2000.51.01.016934-7); a inviabilidade jurídica do prosseguimento do procedimento fiscal, ante o deferimento judicial da medida suspensiva; e, a nulidade do auto por imprecisão da descrição dos fatos e por erro na apuração do montante devido. No mérito, em extenso arrazoado, ressaltou a sua natureza jurídica de cooperativa, remetendo à legislação de regência; sustentou que o lançamento estaria fundado em presunções e interpretações restritivas e que, na condição de cooperativa, age como mandatária dos médicos cooperados, sem auferir lucro ou faturamento; que os atos auxiliares, indispensáveis à consecução dos seus objetivos sociais, caracterizam-se como atos cooperativos e, nessa condição, não devem sofrer a incidência do tributo exigido; que é absolutamente impróprio e ofensivo à lei considerar os atos auxiliares estranhos à finalidade da cooperativa; que tais atos estão abrigados da incidência tributária, por força dos arts. 79, 85, 86, 88 e 111 da Lei nº 5.764/71; que inexistente qualquer resultado econômico advindo dos atos auxiliares; que, representando esses atos, despesa suportada pela cooperativa, não poderiam ser considerados receitas, para fins de incidência da COFINS; que a fiscalização desconsiderou as exclusões permitidas pelo art. 3º, § 9º da Lei nº 9.718/98 e art. 36 da MP 66/02; e, que o abatimento previsto no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/98 (dedução do valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos) englobaria as despesas com os atos auxiliares, como definido no plano de contas das operadoras estabelecido pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

A DRJ Rio de Janeiro II/RJ deu parcial provimento ao recurso para ajustar erro de transcrição de base de cálculo, ocorrida no período de apuração agosto/2001, em decisão assim ementada:

*“DECADÊNCIA.*

*O prazo decadencial para o lançamento da Cofins é de dez anos contados do primeiro dia do exercício seguinte àquele em que o crédito poderia ter sido constituído.*

*CERCEAMENTO DO DIREITO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA. DESCRIÇÃO DOS FATOS -*

*Restando evidenciado que a descrição dos fatos encontra-se suficientemente clara para propiciar o entendimento das infrações imputadas, refletindo-se em alentada impugnação, descabe acolher alegação de nulidade do auto de infração.*

*SOCIEDADE COOPERATIVA. ATOS AUXILIARES. ATOS NÃO COOPERATIVOS,*

*A teor do art. 79 da Lei nº 5.764/1971, são cooperativos todos aqueles que englobam operações efetuadas com os cooperados ou desta resultem, englobando, portanto, as operações efetuadas com não associados, ainda que estas operações tenham sido realizadas para atender o objetivo social da cooperativa.*

*BASE DE CÁLCULO. EXCLUSÃO. COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.*

*Na apuração da base de cálculo da Contribuição para o PIS, para os fatos geradores ocorridos a partir de dezembro de 2001, as operadoras de planos de assistência à saúde, poderão deduzir de sua receita bruta o valor da diferença positiva entre os desembolsos efetivamente realizados para indenizar seus conveniados por eventos realizados em associados de outra operadora e as quantias recebidas desta outra operadora a título de ressarcimento por aqueles desembolsos.*

*BASE DE CÁLCULO. ERRO NA TRANSCRIÇÃO.*

*Deve-se exonerar o tributo lançado a maior em decorrência de erro na transcrição da base de cálculo pela autoridade fiscal.*

*Lançamento Procedente em Parte”*

O recurso voluntário, com certa variação, repetiu a argumentação da impugnação.

Em 08/05/2008 o julgamento foi convertido em diligência, através da Resolução nº 202-01.224, para que fosse efetuado o levantamento dos abatimentos a que faria jus a recorrente, nos termos da legislação.

Em 03/02/2009, através da Resolução nº 202-01.280, dada a insuficiência da diligência anteriormente determinada, foi o processo novamente baixado à unidade preparadora para complementação.

A autoridade administrativa responsável pela diligência informou que, em vista da adoção da forma de contabilização englobada, não havia como promover a discriminação requerida pelo órgão julgador (efl. 1.187).

Cientificada do relatório fiscal o contribuinte apresentou manifestação informando a adesão parcial ao regime de parcelamento da Lei nº 11.941/09, pela inclusão dos valores correspondentes aos “atos cooperativos auxiliares”; requereu a aplicação da Súmula Vinculante nº 8 e a exclusão das despesas com custo médico, receitas financeiras, recuperação de despesas, variações, receitas patrimoniais, receitas não-operacionais e provisão de risco para operadoras de planos de saúde.

Às efls. 1.656/1.660 consta despacho da DEMAC/RJO considerando a desistência parcial não formulada, pela inobservância do disposto no art. 13, § 4º da Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 06/2009.

Às efls. 1.661 e ss. foi juntada petição do contribuinte ratificando o pedido de parcelamento e pugando pelo desmembramento da parte incontroversa.

Em 26/07/2011 o autuado interpôs recurso administrativo dirigido à DEMAC/RJO onde contestou a não-aceitação do parcelamento postulado, oportunidade que requereu a observância à Súmula Vinculante nº 8.

Às efls. 1.774/1.777 foi lançado despacho reconhecendo a decadência dos períodos de apuração outubro/2000 a maio/2001 e determinando o envio dos autos à DEMAC/RJO/DIFIS para realização das diligências determinadas e saneamento dos cálculos.

Às efls. 1.948/1.955 foi anexado o Termo de Encerramento de Diligência Fiscal, onde realizado o saneamento proposto, onde foram esclarecidos os abatimentos realizados na base de cálculo da contribuição, identificando as contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas e a diferença entre os desembolsos com despesas médicas e hospitalares de outras operadoras do sistema UNIMED e os valores recebidos a título de reembolso (art. 3º, § 9º, II e III da Lei nº 9.718/98).

Ciente do parecer conclusivo, o contribuinte ratificou as colocações referentes à adesão ao parcelamento especial da Lei nº 11.941/2006 e as razões recursais. Tocante aos cálculos realizados, apontou-se insubsistência da apuração no mês de dezembro dos anos 2001 a 2005.

Ante aludida manifestação, a autoridade fiscal acolheu o pleito e retificou os cálculos (efl. 1.968/1.969), em seguida foram os autos devolvidos ao CARF.

Em petição datada de 27/05/2014, o contribuinte noticiou a edição da Lei nº 12.873/13, cujo art. 19 deu interpretação às disposições do art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/98, e mais uma vez postulou a exclusão das despesas que relacionou.

Em 19/05/2015, através do Memorando nº 005/2015-Demac/RJO/Dicat, foi solicitada a remessa do processo para prestação de esclarecimentos.

Às efls. 1.995 e ss., anexo despacho asseverando o acolhimento parcial do pleito endereçado à unidade, pelo contribuinte, no tocante à decadência parcial do lançamento, e a manutenção do indeferimento do parcelamento, ante a impossibilidade de formalização de parcelamento condicionado, como pleiteava o contribuinte.

O contribuinte, por seu turno, apresentou manifestação aduzindo que não oporia manifestação à diligência realizada, mormente o indeferimento de adesão parcial ao programa especial de parcelamento; na oportunidade, pugnou pela exclusão das receitas financeiras e patrimoniais, com lastro na decisão exarada no RE 346.084/PR, e aplicação retroativa do art. 19 da Lei nº 12.873/2013, além de discorrer sobre a real extensão do conceito de ato cooperativo.

Em seguida os autos foram devolvidos ao CARF para prosseguimento.

Em 22/02/2017, através da Resolução nº 3402-003.875, a 2ª Turma Ordinária/4ª Câmara/3ª SEJUL/CARF/MF declinou a competência de julgamento à 1ª Turma ordinária, da mesma Câmara, tendo em vista a conexão com o PA 18471.000486/2006-07.

É o relatório.

## Voto

Conselheiro Robson José Bayerl, Relator

O preenchimento dos requisitos de admissibilidade do recurso já foi aferido quando da primeira oportunidade em que pautado o processo, neste conselho administrativo.

Preambularmente, quanto à declinação de competência aprovada pela 2ª TO/4ª Câmara/3ª SEJUL/CARF/MF, reconheço a conexão entre os feitos e a prevenção deste relator para julgar o recurso manobrado.

Tendo em conta o sem-número de idas e vindas deste processo à unidade preparadora e as recorrentes manifestações do sujeito passivo, necessária a definição da matéria *sub examine* nesta assentada.

Neste passo, após a leitura dos petítórios protocolados pela recorrente, concluí que no atual estágio do debate, não mais se alterca, enquanto tese, a incidência da contribuição para o PIS/PASEP sobre os “atos cooperativos auxiliares”, reconhecendo o contribuinte essa situação jurídica, de modo que a irrisignação remanescente envolveria apenas a declaração de parcial decadência do lançamento e os abatimentos previstos no art. 3º, § 9º da Lei nº 9.718/98, mormente o inciso III, à luz da Lei nº 12.873/13.

A título de esclarecimento, as despesas com exames laboratoriais, hospitalares, terapias, etc., antes defendido o seu abatimento na qualidade de “atos cooperativos auxiliares”, permanecem como questão controvertida nos autos, porém, já agora sob o epíteto de “custos assistenciais”, expressão utilizada pela mencionada Lei nº 12.873/13, consoante manifestação de efls. 2.033/2.050, que será examinada ao longo do voto.

Da mesma forma, diversamente do que constava do PA 18471.000486/2006-07, o recorrente não mais questiona o indeferimento do pedido de adesão ao regime de parcelamento aprovado pela Lei nº 11.941/09, de modo que sobre esse tema não há demanda.

Por pertinente, destaco que o PA 18471.000486/2006-07, referente à autuação pelo PIS/Pasep, envolvendo os mesmos fatos jurídicos, foi julgado por este colegiado

na sessão de 24/05/2017, através do Acórdão 3401-003.791, oportunidade que foi dado parcial provimento ao recurso da seguinte forma:

*“Acordam os membros do Colegiado, por maioria de votos de votos, dar parcial provimento ao recurso voluntário para admitir as exclusões dos custos assistenciais com beneficiários próprios, ou de outras operadoras a título de transferência de responsabilidade, das receitas financeiras, da recuperação de despesas, das variações patrimoniais e não operacionais, bem assim, da provisão de risco para as empresas operadoras de planos de saúde, vencidos os Conselheiros Eloy Eros da Silva Nogueira e Tiago Guerra Machado, no que se refere a receitas financeiras e recuperação de despesas. O Conselheiro Renato Vieira de Ávila atuou em substituição ao Conselheiro Leonardo Ogassawara de Araújo Branco, ausente justificadamente.”*

A ementa do julgado restou vazada nos seguintes termos:

**“REGIME ESPECIAL DE PARCELAMENTO. ADESÃO. CONTENCIOSO. CONSELHO ADMINISTRATIVO DE RECURSOS FISCAIS. IMPOSSIBILIDADE.**

*O debate acerca da inclusão de débitos em regime de parcelamento especial não comporta discussão no âmbito do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais - CARF, por ausência de previsão legal ou regimental, não se encartando dentre suas atribuições aludido contencioso.*

**BASE DE CÁLCULO. OPERADORAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ART. 3º, § 1º, LEI Nº 9.718/98. INCONSTITUCIONALIDADE.**

*As receitas que não se caracterizam como próprias da atividade da entidade, tal como estabelecido pelo estatuto ou contrato social, não compõem o seu faturamento, conforme decidido pelo Supremo Tribunal Federal, em repercussão geral, ao declarar a inconstitucionalidade da ampliação do conceito de receita bruta promovida pelo art. 3º, § 1º da Lei nº 9.718/98.*

**BASE DE CÁLCULO. OPERADORAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. CUSTOS ASSISTENCIAIS. ABATIMENTO.**

*Nos termos do art. 3º, § 9º-A da Lei nº 9.718/98, introduzido, em caráter interpretativo, pela Lei nº 12.873/2013, o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, de que trata o inciso III do § 9º, engloba 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.*

*Recurso voluntário provido em parte.”*

Outrossim, o reconhecimento e declaração da decadência já se concretizou pela manifestação do titular da unidade preparadora no despacho decisórios de efls. 1.778, de modo que a abordagem da matéria, neste voto, faz-se apenas a título de registro.

Em razão da similitude fática e jurídica das questões erigidas, ressalvada a discussão acerca da adesão ao regime de parcelamento, matéria distinta daqueloutro processo,

peço vênia para reproduzir e adotar as razões lá deduzidas e que servem de fundamento ao presente aresto, *verbis*:

*“Relativamente à decadência de parcela do lançamento, tem-se que o Supremo Tribunal Federal, ao examinar a questão envolvendo o prazo decenal estatuído na Lei nº 8.212/91, fundamento para manutenção do lançamento pela decisão recorrida, concluiu pela inconstitucionalidade, com a edição da Súmula Vinculante nº 8, com o seguinte verbete: ‘são inconstitucionais o parágrafo único do artigo 5º do decreto-lei nº 1.569/1977 e os artigos 45 e 46 da lei nº 8.212/1991, que tratam de prescrição e decadência de crédito tributário’.*

*Considerando que tal ato produz efeitos imediatos sobre os processos administrativos não definitivamente julgados e, ainda, o disposto no art. 103-A, caput, da CF/88, que impõe a vinculação, desde a publicação da súmula, dos órgãos da administração pública federal, imediatamente prevalecem os prazos estabelecidos no Código Tributário Nacional, mormente o art. 150, § 4º, que trata dos denominados “lançamentos por homologação”, quando existentes recolhimentos parciais no período.*

*Nesse sentido, à luz do despacho de efls. (1.774/1.778 – acrescido), estão caducas as competências outubro/2000 a maio/2001, devendo ser afastadas do lançamento.*

*Na seqüência, quanto às exclusões previstas no art. 3º, § 9º da Lei nº 9.718/98, impõe-se primeiramente sua reprodução:*

*‘§ 9º Na determinação da base de cálculo da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS, as operadoras de planos de assistência à saúde poderão deduzir: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001)*

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

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

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

*Concernente à exoneração prevista nos incisos I e II, não há controvérsia alguma nos autos, de modo que o debate fica restrito aos abatimentos do inciso III.*

*A seu respeito, em manifestação de efls. (1.193/1.198 – acrescido), o recorrente requer a exclusão das despesas de custo médico (omissis), receitas financeiras, recuperação de despesas, variações, receitas patrimoniais, receitas não operacionais e provisão de risco para as empresas operadoras de planos de saúde, com fulcro no superveniente art.*

19 da Lei nº 12.873/13, que fez incluir o § 9º-A, no art. 3º da Lei nº 9.718/98, com a seguinte redação:

*‘§ 9º-A. Para efeito de interpretação, o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos de que trata o inciso III do § 9º entende-se o total dos custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se neste total os custos de beneficiários da própria operadora e os beneficiários de outra operadora atendidos a título de transferência de responsabilidade assumida.’*

*Nada obstante a catalogação conjunta (em recurso), entendo que os valores referentes a receitas financeiras, recuperação de despesas, variações, receitas patrimoniais e receitas não operacionais não guardam pertinência com o art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/98, mas sim com o caput do artigo, que define o faturamento como receita bruta.*

*Especificamente sobre esta matéria, pertinente a remissão à manifestação do Supremo Tribunal Federal sobre a (in)constitucionalidade da ampliação do conceito de receita bruta promovido pelo art. 3º, § 1º da Lei nº 9.718/98, tomada sob a sistemática da repercussão geral, verbis:*

*BASE DE CÁLCULO DA COFINS E INCONSTITUCIONALIDADE DO ART. 3º, § 1º, DA LEI 9.718/98*

*‘O Tribunal resolveu questão de ordem no sentido de reconhecer a existência de repercussão geral da questão constitucional, reafirmar a jurisprudência da Corte acerca da inconstitucionalidade do § 1º do art. 3º da Lei 9.718/98, que ampliou a base de cálculo da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social - COFINS, e negar provimento a recurso extraordinário interposto pela União. Vencido, parcialmente, o Min. Marco Aurélio, que entendia ser necessária a inclusão do processo em pauta. Em seguida, o Tribunal, por maioria, aprovou proposta do Min. Cezar Peluso, relator, para edição de súmula vinculante sobre o tema, e cujo teor será deliberado nas próximas sessões. Vencido, também nesse ponto, o Min. Marco Aurélio, que se manifestava no sentido da necessidade de encaminhar a proposta à Comissão de Jurisprudência.*

*Leading case: RE 585.235-QO, Min. Cezar Peluso.’*

*Assim, a teor dos arts. 1.036 a 1.041 do Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015) c/c art. 26-A do Decreto nº 70.235/72 e art. 62 do Regimento Interno do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais – RICARF, aprovado pela Portaria MF 343/15, por aplicação da mencionada decisão, o faturamento, no regime cumulativo, volta a compreender o produto da venda de bens e serviços e o resultado auferido nas operações de conta alheia, equivalendo ao somatório das receitas próprias da atividade da pessoa jurídica, consoante seu estatuto (...).*

*Segundo a Instrução Normativa DIOPE nº 36, de 22/12/2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, da Agência Nacional de Saúde – ANS, que estabeleceu o plano de contas padrão para operadoras de planos de assistência à saúde, as rubricas indicadas tem as seguintes funções:*

*1. Receitas financeiras – Grupo 3.4 – Destinadas a registrar, em contas específicas, os rendimentos auferidos em títulos públicos e privados de renda fixa, operações a termo, fundos de investimentos, de renda variável, juros sobre recebimentos em atraso, dentre outros;*

*2. Recuperação de despesas – Subgrupo 4.1.3 – Registra o valor de outras recuperações, ressarcimentos e deduções de eventos/sinistros de assistência odontológica, não classificadas nas contas anteriores de glosas ou de coparticipação, em decorrência de reembolso de custo, descontos ou abatimentos obtidos por ocasião do pagamento dos eventos/sinistros, ou de outras, com base em registros auxiliares;*

*3. Variação das provisões técnicas de operações de assistência à saúde – Subgrupo 3.1.2 – Tem por função registrar as provisões técnicas de planos de assistência médico-hospitalar e odontológica, segundo critérios definidos pela legislação vigente;*

*4. Receitas patrimoniais – Subgrupo 3.5.1 – Registrar as receitas provenientes da locação de imóveis de propriedade das operadoras, variação positiva do valor de investimentos em sociedades controladas e coligadas, alienação de bens não registrados no Ativo não Circulante e os rendimentos obtidos com outros investimentos avaliados pelo método de custo.*

*No caso vertente, à luz da classificação contábil determinada pela Agência Nacional de Saúde, tratando-se de uma cooperativa médica, operadora de planos de assistência à saúde, as receitas elencadas (financeiras, recuperação de despesas, variações, patrimoniais e não operacionais) não são abarcadas como originárias do exercício das atividades típicas desse tipo de entidade, razão porque devem ser excluídas da base de cálculo da exação.*

*Por oportuno, cumpre registrar que, em minha opinião, as deduções da base de cálculo das contribuições, no caso de operadoras de assistência à saúde, não se restringem àquelas estabelecidas no art. 3º, § 9º da Lei nº 9.718/98, mas abrange, também, os abatimentos gerais, como é o caso, por exemplo, das receitas das vendas de bens do ativo permanente, à época vigentes.*

*Assim, as exclusões do art. 3º, § 9º da Lei nº 9.718/98 se caracterizariam como específicas e não afastariam aquelas qualificadas como gerais, ex vi do art. 3º, § 2º do mesmo diploma.*

*Quanto à provisão de risco para as empresas operadoras de planos de saúde, in casu verificadas a partir de setembro/2005, segundo os demonstrativos de apuração das contribuições para o PIS/PASEP COFINS, sob o título 'Variação da Prov. Téc. de Op. de Saúde', a sua função envolve o registro das provisões técnicas, em contrapartida das contas patrimoniais correspondentes (2.3.1.1 – Provisões Técnicas de Operações de Assistência à Saúde), segundo a norma contábil baixada pela ANS, de maneira que sua exclusão, ante sua natureza, contaria com respaldo do art. 3º, § 9º, II da Lei nº 9.718/98, consoante o qual poderão ser deduzidos da apuração do PIS/PASEP e COFINS a parcela das contraprestações pecuniárias destinada à constituição de provisões técnicas.*

*Por derradeiro, resta o exame dos abatimentos pelos custos médicos incorridos.*

*O recorrente defendeu a possibilidade do pretendido abatimento com base no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/98, que prevê a dedução do valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.*

*A redação do dispositivo em comento, reconheça-se, não é das mais claras, razão porque a Leis nºs 12.873/2013 e 12.995/2014 fizeram incluir o §§ 9º-A e 9º-B, com o seguinte texto:*

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

*§ 9º-B. Para efeitos de interpretação do caput, não são considerados receita bruta das administradoras de benefícios os valores devidos a outras operadoras de planos de assistência à saúde. (Incluído pela Lei nº 12.995, de 2014)'*

*Até a edição das normas interpretativas adrede arroladas, havia uma compreensão do comando legal segundo a qual o abatimento estaria restrito, no caso das cooperativas médicas, aos custos incorridos com beneficiários de outras cooperativas componentes do sistema, não havendo previsão para exclusão dos custos com os beneficiários da própria operadora, como deixou patente o acórdão da decisão recorrida:*

*'BASE DE CÁLCULO. EXCLUSÃO. COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.*

*Na apuração da base de cálculo da Contribuição para o PIS, para os fatos geradores ocorridos a partir de dezembro de 2001, as operadoras de planos de assistência à saúde, poderão deduzir de sua receita bruta o valor da diferença positiva entre os desembolsos efetivamente realizados **para indenizar seus conveniados por eventos realizados em associados de outra operadora** e as quantias recebidas desta outra operadora a título de ressarcimento por aqueles desembolsos.’ (grifado)*

*Com o advento das já mencionadas Leis nºs 12.873/2013 e 12.995/2014, restou esclarecido que tais abatimentos alcançariam, também, os custos com os beneficiários da própria operadora, frisando que os valores devidos a outras operadoras, correspondentes às transferências de responsabilidades, não comporiam a sua base de cálculo.*

*Uma vez que as normas em epígrafe são textualmente interpretativas, aplica-se ao caso vertente o disposto no art. 106, I do Código Tributário Nacional.*

*Este posicionamento, hodiernamente, compartilhado pelas demais turmas julgadoras, inclusive, pela Terceira Turma da Câmara Superior de Recursos Fiscais, como se constata dos seguintes julgados:*

*‘COOPERATIVAS. UNIMED. BASE DE CÁLCULO. DEDUÇÕES PRÓPRIAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. LEI Nº 9.718/98, ART. 3º, §§ 9º, 9º-A e 9º B. DEDUÇÃO. POSSIBILIDADE. O valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos de que trata o inciso III, do § 9º, da Lei nº 9.718/98, é 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. Recurso parcialmente provido.*

*Recurso Especial do Contribuinte Provido em Parte’  
(Acórdão 9303-003.295, de 24/03/2015)*

*‘OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES DA BASE DE CÁLCULO. Na determinação da base de cálculo do PIS e da Cofins, as operadoras de planos de assistência à saúde poderão deduzir os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), v isto a norma interpretativa § 9-A do art. 3ª da Lei 9.718/98 trazida pelo art. 19 da Lei 12.873/2013, esclarecendo que o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos compreende o total dos custos assistenciais decorrentes da utilização pelos*

*beneficiários da cobertura oferecida pelos 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.’ (Acórdão 9303-004.184, de 06/07/2016)*

*Em síntese, os custos assistenciais decorrentes da utilização, pelos beneficiários da própria operadora ou de outras operadoras credenciadas, da cobertura oferecida pelos planos de assistência à saúde podem ser deduzidos na apuração da base de cálculo das contribuições para o PIS/PASEP e Cofins, a partir da interpretação veiculada pelas Leis nºs 12.873/2013 e 12.995/2014.”*

Nada obstante a exposição supra, registro que modifiquei o meu entendimento em relação à conta "recuperação de despesa", se comparado àquela assentada, eis que, após melhor refletir sobre a questão, verifiquei que dita rubrica, à luz da aceção veiculada pela IN DIOPE nº 36, de 22/12/2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, da ANS, e da decisão em repercussão geral sobre a conceito de faturamento da Lei nº 9.718/98, assimilado como o total das receitas típicas da atividade empresarial da pessoa jurídica, não encontraria razão para sua exclusão na predita inconstitucionalidade, uma vez não açambarcada pelo conceito ampliado de faturamento, mas sim pelo seu conceito ordinário, sujeitando-se normalmente à incidência da Cofins.

Dessarte, na esteira da jurisprudência dos tribunais superiores, com a declaração de inconstitucionalidade do art. 3º, § 1º da Lei nº 9.718/98, faturamento continuou a corresponder a receita bruta segundo o art. 2º, *caput* da Lei Complementar nº 70/91, entendida como a receita oriunda da atividade empresarial típica.

Esta inferência respalda-se nos Recursos Extraordinários 346.084, 357.950, 358.273 e 390.840, precedentes citados para o reconhecimento do vício da Lei nº 9.718/98, que, mesmo declarando a inconstitucionalidade do § 1º, do art. 3º, estabeleceram, na linha da jurisprudência do e. STF, que as expressões “faturamento” e “receita bruta”, a par de sinônimas, albergariam o somatório das receitas próprias da atividade da pessoa jurídica, como se extrai do seguinte excerto do voto condutor do RE 390.840, de lavra do eminente Min. Marco Aurélio:

*“Quanto ao caput do art. 3º, julgo-o constitucional, para lhe dar interpretação conforme à Constituição, nos termos do julgamento proferido no RE nº 150.755/PE, que tomou a locução receita bruta como sinônimo de faturamento, ou seja, no significado de “receita bruta de venda de mercadoria e de prestação de serviços”, adotado pela legislação anterior, e que, a meu juízo, se traduz na soma das receitas oriundas do exercício das atividades empresariais.” (sublinhado)*

Por outro lado, como já asseverado, correspondendo aludida rubrica (recuperação de despesas) às recuperações, ressarcimentos e deduções de eventos/sinistros decorrentes de reembolso de custo, descontos ou abatimentos obtidos por ocasião do pagamento de eventos/sinistros, inegável sua pertinência ao objeto social de empresa operadora de plano de assistência à saúde.

---

Outrossim, não se tratando de recuperação de créditos baixados como perda, não se lhe aplica a exclusão prevista no art. 3º, § 2º, II da Lei nº 9.718/98, devendo tais valores serem mantidos no lançamento.

Pelo exposto, voto por dar parcial provimento ao recurso voluntário para admitir as exclusões da base de cálculo concernentes aos custos assistenciais com beneficiários próprios ou de outras operadoras a título de transferência de responsabilidade, as receitas financeiras, as variações patrimoniais e não operacionais, bem assim, provisão de risco para as empresas operadoras de planos de saúde.

Robson José Bayerl