



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

Processo nº 18471.000486/2006-07
Recurso nº Voluntário
Acórdão nº 3401-003.791 – 4ª Câmara / 1ª Turma Ordinária
Sessão de 24 de maio de 2017
Matéria PIS/PASEP
Recorrente UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA.
Recorrida FAZENDA NACIONAL

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

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

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 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 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.

Rosaldo Trevisan – Presidente

Robson José Bayerl – Relator

Participaram do presente julgamento os Conselheiros Robson José Bayerl, Rosaldo Trevisan, Augusto Fiel Jorge D'Oliveira, Eloy Eros da Silva Nogueira, André Henrique Lemos, Fenelon Moscoso de Almeida, Tiago Guerra Machado e Renato Vieira De Ávila.

Relatório

Cuida-se de auto de infração para exigir PIS/PASEP 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 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 ditos valores ser considerados receitas, para fins de incidência do PIS/PASEP; 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 Contribuição para o PIS/Pasep 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 202-01.223, para que fosse efetuado o levantamento dos abatimentos a que faria jus a recorrente, nos termos da legislação de regência.

Em 03/02/2009, através da Resolução nº 202-01.279, dada a insuficiência da diligência anteriormente determinada, foi o processo 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. 849)

Cientificada da peça fiscal o contribuinte apresentou manifestação rebatendo as conclusões apontadas, requerendo a aplicação da Súmula Vinculante nº 8 e exclusão das receitas financeiras do lançamento. No mais, repetiu a tese defensiva.

Em 26/06/2011, o contribuinte apresentou recurso administrativo, no bojo dos autos, endereçado à unidade preparadora, peticionando a revisão dos valores relativos ao auto de infração aqui tratado, em razão de parcial adesão a programa de parcelamento especial (efls. 1540 e ss.)

Às efls. 1537/1538 consta despacho indeferindo o pedido de desistência parcial.

Às efls. 1561/1564 foi lançado despacho reconhecendo a decadência dos períodos de apuração outubro/2000 a maio/2001 e determinando o envio dos autos ao DEMAC/RJO/DIFIS para saneamento das diligências realizadas.

Às efls. 1745 e ss. foi juntado o Termo de Encerramento de Diligência Fiscal, onde realizado o saneamento proposto, em que se esclareceu 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 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.

Em 12/06/2013 o processo foi devolvido 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 requereu a exclusão das despesas que relaciona.

Em 21/08/2014, diante da contradição entre as informações disponíveis no processo, foi o julgamento convertido em diligência, através da Resolução 3401-000.831, para esclarecer se o recorrente havia aderido ao regime de parcelamento especial, se havia deferimento do pleito e qual o montante objeto deste parcelamento.

Em resposta, a DEMAC/RJO informou que o pedido de parcelamento parcial dos débitos constantes do lançamento, na forma como proposto - atrelado ao resultado final do julgamento administrativo -, fora indeferido.

O contribuinte apresentou manifestação esclarecendo que concordara com a incidência do PIS sobre as receitas relativas aos denominados “atos cooperativos auxiliares”, todavia, ainda questionava os abatimentos não efetivados da base de cálculo, segundo a diligência saneadora, ainda pendentes de decisão do CARF pela sua exclusão, razão porque o parcelamento seria condicional, haja vista que não tinha como quantificar a parcela remanescente do lançamento, insistindo na validade de sua adesão ao REFIS IV.

Em seguida os autos foram devolvidos ao CARF para prosseguimento.

Em 12/11/2015, a DEMAC/RJO/DICAT solicita a devolução do processo para implementação da decisão que mantém a impossibilidade de inclusão dos débitos no programa de parcelamento.

Adotadas as providências, foram os autos devolvidos.

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, neste conselho administrativo.

Tendo em conta o sem-número de idas e vindas deste processo à unidade preparadora e as recorrentes manifestações do recorrente, 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 irresignação remanescente envolve 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.

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 Lei nº 12.873/2013, consoante manifestação de efls. 1.777/1.781, que será examinada ao longo do voto.

Há ainda a discussão acerca da adesão ao parcelamento especial previsto na Lei nº 11.941/09, entretanto, a seu respeito, tenho que não se encontra dentre as atribuições legais e regimentais do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais – CARF a decisão sobre a (im)procedência de pedido de parcelamento de débitos, mesmo que envolva processos cujos débitos estão em julgamento por qualquer de seus órgãos fracionários.

Feitas as considerações iniciais, passo ao enfrentamento do recurso.

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. 1561/1565, 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. 1.777/1.781, o recorrente requer a exclusão das despesas de custo médico (e.g. consultas médicas/odontológicas, exames laboratoriais, hospitalização, terapias, etc.), 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, 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 (efls. 214/272.).

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, 9ºA 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), visto 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.

Pelo exposto, voto por 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, as receitas financeiras, a recuperação de despesas, as variações patrimoniais e não operacionais, bem assim, provisão de risco para as empresas operadoras de planos de saúde.

Robson José Bayerl