



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

Processo nº 19515.721238/2012-42
Recurso nº Voluntário
Acórdão nº 3202-000.983 – 2ª Câmara / 2ª Turma Ordinária
Sessão de 26 de novembro de 2013
Matéria PIS/PASEP e COFINS
Recorrente SUL AMERICA SERVIÇOS DE SAUDE S/A
Recorrida FAZENDA NACIONAL

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL - COFINS

Período de apuração: 01/06/2008 a 31/12/2008

OPERADORAS DE SAÚDE. NATUREZA DE RECEITA E DESPESA. ADVENTO DA LEI 12.973/2013. DEDUÇÃO

A operadora de plano de saúde ao receber recursos do estipulante correspondentes às despesas efetuadas pelos beneficiários junto aos médicos, hospitais, dentistas ou laboratórios que os atenderam, única e exclusivamente para que efetue o pagamento por conta e ordem àqueles prestadores de serviço, nos termos contratados entre as partes, não deve considerar tais eventos como “receita” e “despesa” para fins de tributação, ainda que tenham sido per si registrados como tais, nos termos da RN/ANS 290/2012.

Para tanto, aplica-se o Princípio Contábil da “Prevalência da Essência sobre a Forma” o que, contabilmente, tais eventos não teriam natureza de “receita” e “despesa” e, por conseguinte, tributariamente as r. receitas assim registradas não seriam consideradas na apuração da COFINS.

Não obstante, se ainda assim fossem considerados contabilmente tais eventos como “receita” e “despesa”, vê-se claro que as r. receitas seriam passíveis de dedução da base de cálculo da COFINS, haja vista a norma interpretativa - § 9-A do art. 3ª da Lei 9.718/98 - trazida pelo art. 19 da Lei 12.973/2013, a qual clarifica que o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos de que trata o art. 3ª, § 9º, inciso III, da Lei 9.718/98, compreende 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.

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

OPERADORAS DE SAÚDE. NATUREZA DE RECEITA E DESPESA. ADVENTO DA LEI 12.973/2013. DEDUÇÃO

A operadora de plano de saúde ao receber recursos do estipulante correspondentes às despesas efetuadas pelos beneficiários junto aos médicos,

hospitais, dentistas ou laboratórios que os atenderam, única e exclusivamente para que efetue o pagamento por conta e ordem àqueles prestadores de serviço, nos termos contratados entre as partes, não deve considerar tais eventos como “receita” e “despesa” para fins de tributação, ainda que tenham sido per si registrados como tais, nos termos da RN/ANS 290/2012.

Para tanto, aplica-se o Princípio Contábil da “Prevalência da Essência sobre a Forma” o que, contabilmente, tais eventos não teriam natureza de “receita” e “despesa” e, por conseguinte, tributariamente as r. receitas assim registradas não seriam consideradas na apuração do PIS/PASEP.

Não obstante, se ainda assim fossem considerados contabilmente tais eventos como “receita” e “despesa”, vê-se claro que as r. receitas seriam passíveis de dedução da base de cálculo do PIS/PASEP, haja vista a norma interpretativa - § 9-A do art. 3ª da Lei 9.718/98 - trazida pelo art. 19 da Lei 12.973/2013, a qual clarifica que o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos de que trata o art. 3ª, § 9º, inciso III, da Lei 9.718/98, compreende 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

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do Colegiado, por unanimidade de votos, em dar provimento ao recurso voluntário. Votaram pelas conclusões os Conselheiros Luís Eduardo Garrossino Barbieri e Irene Souza da Trindade Torres Oliveira. Fez sustentação oral, pela recorrente, o advogado Luiz Henrique Barros de Arruda, OAB/RJ nº. 85.746.

Assinado digitalmente

Irene Souza da Trindade Torres Oliveira - Presidente.

Assinado digitalmente

Tatiana Midori Migiyama - Relatora.

Participaram do presente julgamento os Conselheiros Irene Souza da Trindade Torres Oliveira (Presidente), Luís Eduardo Garrossino Barbieri, Gilberto de Castro Moreira Júnior, Charles Mayer de Castro Souza, Thiago Moura de Albuquerque Alves e Tatiana Midori Migiyama (Relatora).

Relatório

Trata-se de recurso voluntário interposto por SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A. contra Acórdão nº 1643.718, de 14 de fevereiro de 2013 (de fls. 551 a 558),

proferido pela 6ª Turma da DRJ/SP1, que, por unanimidade de votos, julgou improcedente a impugnação.

Por bem descrever os fatos, adoto o relatório integrante da decisão recorrida, a qual transcrevo a seguir:

Trata-se de autos de infração lavrados contra a contribuinte em epígrafe, relativos à falta/insuficiência de recolhimento da Contribuição para o PIS/Pasep (fls. 489/493 – a numeração de referência é sempre a da versão digital do processo), no montante total de R\$ 3.774.148,19, e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins (fls. 495/499, no montante total de R\$ 17.419.145,43, ambos para o período de apuração junho/2008 a dezembro/2008.

No Termo de Constatação – PIS e Cofins (fls. 464/468), a auditora fiscal, de início, discorre sobre a questão das garantias financeiras exigidas das operadoras de planos de saúde, nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada nº 77, de 17 de julho de 2001. A seguir, ela trata das exclusões da base de cálculo do PIS/Pasep e da Cofins permitidas às operadoras de planos de assistência à saúde a partir da edição da Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, que incluiu o § 9º no art. 3º da Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998. Após listar os lançamentos extraídos do Livro Razão, conta 4.01.01 – Eventos/Sinistros Indenizáveis, a autuante prossegue sua análise nos seguintes termos:

Em 16.04.2012 (AR 17.04.2012), o contribuinte foi solicitado a esclarecer se a conta 411Eventos Indenizáveis, refere-se tão somente a reembolsos para clientes da própria contribuinte.

Em 04.05.2012, com relação à conta despesa 411Eventos Indenizáveis líquidos, o contribuinte informa que são valores debitados correspondentes a serviços prestados por integrantes da rede credenciada da contribuinte e por prestadores de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais não integrantes da rede credenciada, cujos pagamentos são reembolsados ao consumidor beneficiário do plano.

O disposto no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001, não permite que as operadoras de planos de assistência à saúde deduzam da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da base de cálculo da Contribuição para o Cofins, as despesas e custos operacionais relacionados com os atendimentos médicos realizados em seus próprios beneficiários (clientes), por meio de estabelecimento próprio ou pela rede conveniada/credenciada de profissionais e empresas da área de saúde, visto que tais contribuições incidem sobre o faturamento (receita bruta) mensal e não sobre o resultado.

O inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, somente autoriza as operadoras de planos de assistência à saúde a deduzirem da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, o valor correspondente às indenizações efetivamente pagas por uma operadora, referente aos atendimentos médicos efetuados em beneficiários (clientes) pertencentes à outra operadora de plano de assistência à saúde, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidade.

A auditora fiscal trata ainda das contribuições devidas sobre receitas financeiras, cuja exigibilidade estaria suspensa em razão de liminar concedida à contribuinte.

Todavia, nos autos de infração objeto deste processo administrativo, não foi constituído nenhum crédito tributário sobre receitas financeiras, tendo eles fundamento apenas na exclusão indevida da base de cálculo dos valores contabilizados na conta 4.01.01 – Eventos/Sinistros Indenizáveis.

Cientificada do auto de infração em 04/06/2012 (fl. 486), a contribuinte apresentou impugnação em 04/07/2012 (fls. 502/513), na qual, após dizer que as

imposições que lhe foram feitas contrariam os próprios textos legais apontados como infringidos, sendo, portanto, improcedentes, passa a tratar da sua condição de operadora de planos de assistência à saúde e da forma como funcionam seus contratos, alegando então o seguinte:

2.4. A IMPUGNANTE, em contraprestação pelos seus serviços de coordenar e administrar esses planos faz jus ao recebimento do que denomina taxa de administração calculada pela multiplicação de determinado valor por beneficiário fixo e de uma quantia fixa, denominada fator contas, multiplicada pela quantidade total e individualizada de contas pagas no mês imediatamente anterior.

2.4.1. A receita bruta real da IMPUGNANTE, portanto, advém apenas dessas duas parcelas, já que as demais lhe são entregues apenas para serem repassadas para os prestadores de serviços médico hospitalares e laboratoriais prestados aos beneficiários, razão pela qual, essas quantias quando recebidas eram escrituradas no passivo em conta cujo saldo era baixado quando os aludidos prestadores de serviços eram pagos.

2.5. Mais tarde, porém, a ANS aprovou plano de contas padrão [nota de rodapé citando o plano de contas aprovado pela RDC/ANS nº 38, de 2000, modificado pela RN/ANS nº 290/2012] para todas as operadoras, tanto no caso de planos pré pagos quanto nos de pós pagamento, obrigando, assim, a IMPUGNANTE a também escriturar como receita as quantias que lhe são entregues pelas Estipulantes e, como despesas, os pagamentos feitos aos integrantes da rede referenciada, ou os reembolsos efetuados aos beneficiários dos planos.

2.6. Essa circunstância, que poderia acarretar distorções no plano tributário, onerando valores que, na realidade, não representam preço de serviços prestados, nem receitas brutas auferidas, foram percebidas pelos legisladores municipais e federais, que procuraram eliminá-las, ou, quando menos, atenuá-las, permitindo a dedução, nas bases de cálculo do ISS7 [nota de rodapé citando o Decreto nº 10.504, de 1991, do município do Rio de Janeiro], bem como do PIS e da COFINS, os pagamentos efetuados nas hipóteses descritas nos subitem 2.5 supra.

3. As Exclusões Efetuadas pela IMPUGNANTE na Apuração das Bases de Cálculo do PIS e da COFINS Referem-se a Eventos Ocorridos e Pagos na Utilização de Rede Referenciada, ou mesmo Responsabilidade cedida.

3.1 . Tecidas essas considerações tem-se que, conforme acima exposto, a autuante glosou todas as exclusões realizadas pela IMPUGNANTE na apuração das bases de cálculo do PIS e da COFINS, relativas aos valores pagos nas situações descritas nos subitem 2.5 supra, que têm a natureza indiscutível de indenizações correspondentes aos eventos ocorridos e pagos referentes a rede referenciada (...)

(...)

3.3. Ora, evento, como define a ANS no seu sítio na web (www.ans.gov.br Perguntas e respostas), significa “toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas proporcionadas pelo plano, tais como: consultas médicas/odontológicas, exames laboratoriais, hospitalização, terapias etc.”

3.4. Logo, ao deduzir os valores relativos a coberturas proporcionadas pelo plano, tais como, consultas médicas, exames laboratoriais, hospitalização, terapias etc., das bases de cálculo do PIS e da COFINS, a IMPUGNANTE se limitou a cumprir fielmente a legislação de regência, sendo incompreensível a interpretação dada ao caso pela fiscalização.

3.5. Diante de tamanha insensatez, resta apenas supor que, ao assim proceder, a autora do procedimento fiscal, pouco familiarizada com as características da atividade econômica em exame, tenha se afastado por completo da realidade e suposto que as aludidas quantias referiam-se a gastos com rede própria [nota de rodapé citando a Solução de Consulta nº 316, de 2003, da Superintendência Regional da Receita Federal da 7ª Região Fiscal, no sentido de ser incabível a

exclusão dos valores pagos aos profissionais pertencentes à rede própria da base de cálculo do PIS/Pasep e da Cofins] da IMPUGNANTE.

3.5.1. Pois bem, se assim ocorreu, seu engano foi igualmente imperdoável, porque, segundo o artigo 2º da Resolução de Diretoria Colegiada da ANS (RDC) nº 39/2000:

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

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

a) da operadora;

b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;

c) de entidade ou empresa controladora da operadora;

II médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora." (grifos nossos)

3.5.2. Concessa máxima vênia, a existência de rede própria, ou seja de recurso físico hospitalar de propriedade da IMPUGNANTE, ou de qualquer pessoa jurídica pertencente ao Conglomerado Sul América, ou ainda de profissionais da área médica contratados pela IMPUGNANTE como assalariados é algo do qual nunca se cogitou durante a ação fiscal e nem poderia ser cogitado, pois essas situações não existem e jamais existiram.

3.6. Improcedentes, portanto, os lançamentos, uma vez que não qualquer dúvida no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) sobre a possibilidade de as operadoras de plano de assistência à saúde excluírem das bases de cálculo do PIS e da COFINS os valores referentes aos pagamentos efetivados a pessoas físicas ou jurídicas integrantes de rede referenciada, credenciada, conveniada etc."

A DRJ não acolheu as alegações do contribuinte, considerando acórdão com a seguinte ementa:

"ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL COFINS

Período de apuração: 01/06/2008 a 31/12/2008

OPERADORAS DE SAÚDE. EVENTOS. DESPESAS E CUSTOS. DEDUTIBILIDADE.

O inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, somente autoriza as operadoras de planos de assistência à saúde a deduzirem da base de cálculo da Cofins o valor correspondente às indenizações efetivamente pagas por uma operadora, referente aos atendimentos médicos efetuados em beneficiários (clientes) pertencentes a outra operadora de plano de assistência à saúde, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidade, sendo, pois, incabível a dedução de despesas e custos operacionais relacionados com os atendimentos médicos realizados em seus próprios beneficiários (clientes).

ASSUNTO: CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP

Período de apuração: 01/06/2008 a 31/12/2008

OPERADORAS DE SAÚDE. EVENTOS. DESPESAS E CUSTOS. DEDUTIBILIDADE.

O inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, somente autoriza as operadoras de planos de assistência à saúde a deduzirem da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep o valor correspondente às indenizações efetivamente pagas por uma operadora, referente aos atendimentos médicos efetuados em beneficiários (clientes) pertencentes a outra operadora de plano de assistência à saúde, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidade, sendo, pois, incabível a dedução de despesas e custos operacionais relacionados com os atendimentos médicos realizados em seus próprios beneficiários (clientes).

Impugnação Improcedente

Crédito Tributário Mantido”

É o relatório.

Cientificada da referida decisão, por decurso de prazo de 15 dias a contar da disponibilização através da Caixa Postal, Módulo e-CAC do site da Receita Federal em 20/03/2013, conforme fl. 568, a interessada, em 18/04/2013, apresentou o recurso voluntário de fls. 570 - 593, onde se insurge contra o lançamento.

Voto

Conselheira Tatiana Midori Migiyama, Relatora

Das preliminares

Da admissibilidade

Por conter matéria desta E. Turma da 3ª Seção do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais e presentes os requisitos de admissibilidade, conheço do Recurso Voluntário tempestivamente interposto pelo contribuinte, considerando que a recorrente teve ciência da decisão de primeira instância em 20/03/2013, quando, então, iniciou-se a contagem do prazo de 30 (trinta) dias para apresentação do presente recurso voluntário - apresentando a recorrente recurso voluntário em 18/04/2013.

Da aplicação do art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98

Consta da peça de defesa da empresa que cuida-se de discussão sobre as deduções das bases de cálculos das contribuições para o PIS e a Cofins contestadas no auto de infração que, pela autoridade fazendária, subsumem-se ao conceito de “evento ocorrido”

adotado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e, por conseguinte, encontrariam respaldo no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei 9.718/98.

Sendo assim, *a priori*, o deslinde da controvérsia passa pelo exame do art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98 assim redigido:

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

[...]

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

Como se observa do inciso III, importante clarificar que a dedução do PIS/COFINS é autorizada sobre as indenizações auferidas, diminuídas das quantias recebidas a título de *transferência de responsabilidade*. Implica dizer, segundo a autoridade fazendária, que as indenizações dos próprios associados ou clientes/beneficiários, onde não é possível se falar em transferência de responsabilidade, não foram contempladas pelo benefício legal.

Nesse sentido, vê-se que já se pronunciou a COSIT:

Solução de Consulta COSIT nº 06, de 8 de novembro de 2010 (ação judicial):

• EMENTA: O disposto no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.158-35, de 2001, não permite que as operadoras de planos de assistência à saúde deduzam da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep as despesas e custos operacionais relacionados com os atendimentos médicos realizados em seus próprios beneficiários (clientes), por meio de estabelecimento próprio ou pela rede conveniada/credenciada de profissionais e empresas da área de saúde, visto que tais contribuições incidem sobre o faturamento (receita bruta) mensal e não sobre o resultado. O inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, somente autoriza as operadoras de planos de assistência à saúde a deduzirem da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep o valor correspondente às indenizações efetivamente pagas por uma operadora, referente aos atendimentos médicos efetuados em beneficiários (clientes) pertencentes à outra operadora de plano de assistência à saúde, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidade.

Sem divergência, segue a jurisprudência da 1ª Turma da 1ª Câmara da 3ª Seção do CARF e da 4ª turma Especializada do TRF/2:

CARF 3a. Seção / 1a. Turma da 3a. Câmara / ACÓRDÃO 3301-00.697 em 01/10/2010. Unânime.

PIS

[...]

PIS, COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. BASE DE CÁLCULO. PERÍODOS DE APURAÇÃO DE 01/2002 A 12/2002. DEDUÇÕES PRÓPRIAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE, LEI Nº 9.718/98, ART. 3º, § 9º, Aplicam-se às cooperativas de trabalho que operam com planos de saúde o disposto no § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/98, introduzido pelo art. 2º da MP nº 2.158-35/2001, que permite deduzir da base de cálculo do PIS faturamento e da Cofins, a partir de dezembro/2001, as co-responsabilidades cedidas, a parcela das contraprestações pecuniárias destinada à constituição de provisões técnicas e o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. Contudo, em tais deduções não se incluem custos e despesas relativos aos eventos com os próprios associados, mas com associados de outras operadoras.

[...].

Recurso Voluntário Provido em Parte.

Publicado no DOU em: 16.03.2011

Recorrente: UNIMED PATOS DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.

Recorrida: FAZENDA NACIONAL

TRIBUTÁRIO. PIS E COFINS. EMPRESA SUJEITA A REGIME CUMULATIVO. LEI 9.718/98. ART. 3º, § 9º, INCISO III. CONCEITO DE EVENTOS OCORRIDOS. NORMA ISENTIVA. INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. ART. 111 DO CTN. 1. Considerando que a base de incidência econômica do PIS e da COFINS, trazida pelo art. 195, I, aliena 'b', da CF/88, é o faturamento do empregador, empresa ou entidade equiparada na forma da lei, a indicação em lei de receitas que serão excluídas da base de cálculo legalmente prevista reveste-se, em verdade, de natureza jurídica de isenção tributária, exigindo a interpretação na forma do art. 111 do CTN. 2. Desse modo, a menção a dedução das indenizações decorrentes de eventos ocorridos, efetivamente pagos, prevista no art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98, não pode ter outra interpretação senão a de que se trata de despesas realizadas com contratação de serviço de terceiros, sob pena de esvaziamento da própria base de cálculo das contribuições sociais das empresas operadoras de planos de assistência à saúde. 3. Apelação a que se nega provimento.

(AMS 200351100103727, Desembargador Federal LUIZ ANTONIO SOARES, TRF2 - Quarta Turma Especializada, E-DJF2R - Data::11/10/2010 - Página::180.)

Não obstante, importante elucidar que os fundamentos do r. acórdão se baseou na análise das deduções das bases de cálculo da contribuição para o PIS e a Cofins de custos e despesas de sociedade cooperativa –que, por sua vez, possui operação diversa da recorrente.

Dessa forma, para melhor elucidação do caso vertente, importante trazer o propósito negocial da sociedade – essencial para o deslinde da questão.

Vejamos:

- a recorrente não é uma seguradora, ainda que esteja registrada na Agência Nacional de Saúde como operadora de planos de assistência à saúde médico hospitalar da modalidade Medicina de Grupo – a que se refere o inciso V do art. 10 e o art. 15 da RDC ANS ° 39/00 – *in verbis*:

“ Art. 10. As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

I – administradora

II – cooperativa médica;

III – cooperativa odontológica;

IV – autogestão;

V – medicina de grupo;

(...)

Art. 15. Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução.”

- A recorrente atua exclusivamente coordenando e gerindo planos de pós-pagamento instituídos e mantidos por pessoas jurídicas (mantenedores e estipulantes) em favor de seus empregados ou associados e respectivos dependentes econômicos;
- Seus clientes, portanto, são as pessoas jurídicas – como exemplifica o Contrato de Administração de Sistema de Assistência à Saúde;
- Os beneficiários (as pessoas físicas) em favor dos quais as pessoas jurídicas mantenedoras/estipulantes custeiam esses planos de saúde, podem usufruir dos serviços médicos hospitalares e laboratoriais contratando diretamente os prestadores desses serviços que escolherem livremente entre:

- os integrantes de rede referenciada pela recorrente, que aceitam receber suas remunerações posteriormente ao atendimento, em valores pré-estabelecidos; ou
- não integrantes da rede referenciada pela recorrente que cobram imediatamente dos beneficiários os preços dos serviços prestados, podendo posteriormente o beneficiário se reembolsar da despesa efetuada, até p limite de valor equivalente ao que seria pago ao profissional ou pessoa jurídica integrante da rede referenciada;
- Os beneficiários escolhem, de livre e espontânea vontade os integrantes da rede referenciada que lhes prestarão serviços médicos, odontológicos, hospitalares ou laboratoriais;
 - A recorrente não tem, como sua atividade própria, o controle sobre o processo de escolha e de gestão dos procedimentos médicos;
 - O que apenas presta serviços para as empresas contratantes e serve de intermediária entre contratantes, consumidores e rede referenciada;
 - De acordo com os contratos, a responsabilidade pelo pagamento das remunerações devidas aos profissionais da saúde integrantes da rede referenciada pela recorrente que atendam aos beneficiários dos planos, ou dos reembolsos devidos aos beneficiários assistidos por prestadores não referenciados, assim como dos tributos incidentes é única e **exclusivamente da mantenedora/estipulante** – ou seja, o ônus financeiro da indenização entregue ao integrante da rede referenciada, ou paga diretamente ao beneficiário nos casos de reembolso;
 - Para tanto, o estipulante entrega a recorrente os recursos financeiros correspondentes às despesas efetuadas pelos beneficiários junto aos médicos, hospitais, dentistas ou laboratórios que os atenderam, única e exclusivamente paara que efetue o pagamento, POR CONTA E ORDEM, àqueles prestadores de serviços;
 - O que as quantias recebidas pela recorrente e que lhe são entregues com o único propósito de custear as despesas contraídas pelos beneficiários não lhe pertencem e, por conseguinte, não podem ser consideradas suas receitas tampouco incorporadas ao seu Patrimônio Líquido;
 - Somente as importâncias fixas cobradas pelos serviços prestados são suscetíveis de serem consideradas como receita própria, a ser confrontada com as despesas de manutenção e operação, próprias da recorrente.

Traz também a recorrente o parecer contábil escrito pelos Ilustres Professores Sérgio Iudícibus e Nelson Carvalho anexado ao Recurso Voluntário, o que, para melhor clarificar o cerne da questão – *ad argumentandum tantum*, destaco alguns trechos:

- “as quantias recebidas pela SULAMED e que lhe são entregues com o único propósito de custear as despesas contraídas pelos beneficiários, não lhe pertencem e, por conseqüência, não podem ser consideradas suas receitas nem incorporadas ao seu Patrimônio Líquido.”
- “somente as importâncias fixas cobradas pelos serviços prestados são suscetíveis de serem consideradas como receita própria, a ser confrontada com as despesas de manutenção e operação, próprias da SULAMED”.
- “Em sua dimensão econômica, uma entidade com fins lucrativos tem por missão agregar valor ao patrimônio cuja gestão foi confiada aos seus administradores. Tal mais valia se materializa no mais das vezes (mas não apenas) pelo crescimento patrimonial oriundo de lucros.

Ora, economistas, administradores de empresas e profissionais da contabilidade, unanimemente concordam que “Patrimônio” é o estado de riqueza não onerada e que pertence tão somente à entidade objeto de contabilização.

Isso pressupõe, pelo mais elementar raciocínio lógico, que o lucro seja decorrente de receitas e despesas exclusivamente da entidade, sem levar em conta eventuais movimentações de recursos por conta e ordem de terceiros que não sejam, de per se, criadores de valor.

O mais bisonho exemplo que a vida empresarial cotidiana nos apresenta é a dos bancos depositários de recursos de terceiros : são meros custodiantes na extensão do valor dos depósitos. Nem os depósitos bancários por correntistas são receitas dos bancos, sem os seus saques subseqüentes são despesas dos bancos. As receitas surgem de serviços prestados aos depositantes, não se confundindo com o valor dos depósitos.

Por via de conseqüência, se por algum serviço prestado uma entidade faz jus a uma retribuição (no sentido econômico de “reward” ou de “consideration earned”) aí sim configura-se uma receita de tal entidade – nunca, no entanto, no mundo do comportamento racional dos agentes, mensurada pelo montante recebido por conta e ordem de terceiros.”

- “apesar de a recorrente não estar sujeita à regulação da Comissão de Valores Mobiliários, notável contribuição é encontrada na Deliberação 29 da CVM/Ibracon sobre a Estrutura Conceitual Básica da Contabilidade de 1986 – que considera o controle que as

“pessoas encarregadas da administração tem sobre os recursos movimentados, demonstrando, entre outros, que envolvendo-se em transações em que recursos de terceiros sejam cursados por uma entidade porém a ela não pertençam, faz-se mister registrá-los e controlá-los de molde a bem informar aos leitores de seus balanços sobre a existência e o volume de tais recursos – e por certo a ninguém minimamente conhecedor da boa contabilidade ocorre que controlar e registrar recursos de terceiros transitoriamente em poder de uma empresa implica em cursá-los pela Demonstração de Resultados;”

- *“A maneira de registrar e divulgar o efeito dos eventos econômicos deve sempre respeitar sua essência. A contabilidade não “cria” eventos Econômicos: ela apenas se dispõe a identificá-los, mensurá-los, sumariá-los e relatá-los, porém sempre como eles são. A maneira de registrar transações não tem o condão de transformar realidades, e é centenária a convicção de que “a contabilidade, respeita a economia” (na versão originalmente divulgada, “accounting follows economics”).*

Sempre que a forma de uma transação conflitar com sua essência, a contabilidade deve ficar com esta última – este debate já é famoso no Brasil com os exemplos das despesas de variações cambiais artificialmente ativadas, em como com operações de leasing financeiro indevidamente tratadas como despesas quando de fato significam uma aquisição financiada de ativo.”

- *“Importante, agora, revisitar os fatos, para adequar a cada etapa uma explicação contábil.
(...)...os prestadores de serviços enviam pra a SULAMED relatórios pormenorizados sobre os serviços prestados aos consumidores. Logo em seguida, a SULAMED apresenta relatório circunstanciado sobre todos os atendimentos realizados, provavelmente num determinado período.*

Somente então o estipulante entrega à SULAMED os recursos financeiros necessários ao pagamento das despesas efetuadas pelos consumidores e, finalmente a SULAMED paga aos prestadores de serviços da rede referenciada (podendo, temporalmente, prazos serem “descasados” e vir a pagar os prestadores de serviços antes de receber da estipulante).

(...)

Importante considerar que a SULAMED apenas repassa os recursos financeiros recebidos dos estipulantes contratantes ara a rede referenciada.”

- “Segundo Hendriksen e Van Breda (1999), Receitas podem ser definidas, em termos gerias, como valor bruto da “mais valia” gerada por uma entidade.

Tipicamente, são medidas em termos de preços correntes de troca, Devem ser reconhecidas após um chamado “evento crítico”, isto é, assim que o processo de venda ou de prestação do serviço tenha sido cumprido em termos substanciais. Habitualmente o evento crítico mais comum no meio dos negócios é a transferência de posse e propriedade, mas lembrando-se dos contratos de construção de longo prazo, por exemplo, tal transferência não é o único indicados de que uma receita foi auferida e deva ser contabilizada.

Segundo os mesmos autores, “Despesas são os custos assumidos para gerar essas receitas”. Devem ser reconhecidas no mesmo momento em que são reconhecidas as receitas a que se contrapõem. (...)

Assim, a receita deve expressar o produto, representado por bens ou serviços, da atividade principal da entidade, normalmente estipulado em estatuto.

Por outro lado, o ativo que é a contrapartida de uma receita, deve ser unicamente atribuível e de propriedade da entidade. Nenhuma outra pessoa, física ou jurídica, pode ter direitos sobre esse ativo gerado pela receita, a não ser nos casos em que após auferir a receita e fazer jus ao ativo gerado pela receita, a não ser nos casos em que após auferir a receita e fazer jus ao ativo a entidade o negocie com terceiros, o que não é o caso na consulta apresentada. Analogamente, uma despesa deve se referir ao consumo de ativos que a entidade, intencional e organizadamente faz, a fim de gerar receitas, no curso normal dos negócios.”

- “O procedimento adotado pela SULAMED, de creditar em conta de passivo circulantes, a débito de Caixa, os adiantamentos recebidos dos estipulantes e de baixar esse passivo à medida que os pagamentos vão sendo repassados à Rede Referenciada é o único correto contabilmente, inteiramente suportado pelos Princípios Fundamentais de Contabilidade e pelos princípios contábeis emanados da legislação societária brasileira, encontrando ainda total acolhida e amparo nas normas vigentes nos Estados Unidos lembradas para efeito de paradigma.

Analogamente, o procedimento de, quando os pagamentos aos prestadores de serviços não estiverem suportados por adiantamentos prévios, debitar seus valores em conta de ativo circulante como um recebível também é o único correto contabilmente.

(...)

É o nosso Parecer.”

Independentemente do procedimento contábil correto, posteriormente, vê-se que a ANS aprovou Plano de Contas RDC/ANS nº 38/2000, modificado pela RN/ANS 290/2012 para todas as operadoras classificadas como empresas de Medicina de Grupo – **obrigando** a recorrente a escriturar como receita as quantias que lhe são entregues pelas mantenedoras/estipulantes e, como despesas os pagamentos feitos aos integrantes da rede referenciada, ou os reembolsos efetuados aos beneficiários dos planos, ainda que não sejam contabilmente despesas e receitas dela – haja vista também agir por conta e ordem.

Com tal contabilização, a recorrente passou a deduzir as “indenizações”, considerando o art. 3º, § 9º, III, da Lei 9.718/98, entendendo que tais eventos se referem a eventos ocorridos e pagos na utilização de rede referenciada, ou mesmo responsabilidade cedida.

Com efeito, fora glosado tal dedução pela autoridade fazendária, que negou-lhes a natureza de indenizações correspondentes aos eventos ocorridos e pagos, ao entender que tal dispositivo:

- não permite que as operadoras de planos de assistência à saúde deduzam da base de cálculo das r. contribuições as despesas e custos operacionais relacionados com os atendimentos médicos realizados em seus próprios beneficiários, por meio de estabelecimento próprio ou pela rede conveniada/credenciada de profissionais e empresas da área de saúde;
- somente autoriza as operadoras de planos de assistência à saúde a deduzirem o valor correspondente às indenizações efetivamente pagas por uma operadora, referente aos atendimentos médicos efetuados em beneficiários pertencentes à outra operadora de plano de assistência à saúde.

Especificamente aos argumentos contemplados pela autoridade fazendária, importante trazer a baila parte da íntegra da Solução de Consulta 6/2010 exposto no acórdão da DRJ:

“8. Examinando-se detalhadamente as disposições contidas no § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, constata-se que o citado parágrafo permite que as operadoras de plano de assistência à saúde deduzam determinados valores da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, além das exclusões gerais previstas nos incisos I, II e IV do § 2º do art. 3º da mesma Lei.

Supõe-se não restar dúvida sobre a interpretação e alcance dos mencionados dispositivos, inclusive em relação às deduções estabelecidas pelos incisos I e II do § 9º do mesmo art. 3º. Assim sendo, no interesse de suas associadas, busca o posicionamento da RFB em relação à dedução prevista no inciso III do § 9º do art. 3º da citada Lei, que diz respeito ao valor das indenizações correspondentes a eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. Isto provavelmente em razão dos esclarecimentos prestados pela ANS, relativos à escrituração dos custos e despesas das operadoras de planos de assistência à saúde.

8.1. O disposto no mencionado inciso III do § 9º do art. 3º da referida Lei nº 9.718, de 1998, não autoriza as operadoras de planos de assistência à saúde a deduzirem da base de cálculo das citadas contribuições todos os valores dos custos operacionais incorridos (depois de abatidos dos valores das transferências de responsabilidades recebidas) que são próprios do exercício da atividade de prestação de serviços de

assistência à saúde aos beneficiários (clientes) dos respectivos planos de saúde. São exemplos desta espécie de serviços: consultas médicas; exames radiológicos e laboratoriais; internação em hospitais e clínicas; terapias e demais despesas afins. Se tal dedução fosse possível, teria o legislador ordinário redigido o aludido dispositivo contemplando explicitamente a dedução de todos os gastos efetivados pelas operadoras com o atendimento médico/odontológico contratado pelos beneficiários (clientes) de seus planos de assistência à saúde, o que não fez.

8.2. O objetivo do inciso III do § 9º do art. 3º da referida Lei nº 9.718, é permitir que as operadoras de planos de assistência à saúde associem-se entre si para compartilhamento de risco, às vezes em função de questões geográficas, de forma a que beneficiários (clientes) de uma determinada operadora estabelecida em certa região possam ser atendidos por outra operadora que possua rede conveniada/credenciada na localidade em que se encontra o beneficiário. Em outro exemplo, estando o beneficiário (cliente) em viagem, possa este ter a cobertura longe de seu domicílio. Nestas hipóteses, a operadora que o atendeu poderá excluir de sua base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins o valor dos custos das indenizações efetivamente pagas à rede própria ou conveniada/credenciada com o atendimento médico prestado a beneficiário (cliente) pertencente a outra operadora, deduzido do valor recebido a título de transferência de responsabilidade.

8.3. Logo, por absoluta falta de amparo legal, é totalmente descabida a pretensão de deduzir da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, todo o valor mensal das despesas e custos, suportados pelas operadoras de planos de assistência à saúde com o atendimento médico realizado em seus próprios beneficiários (clientes), em rede própria ou conveniada/credenciada.

Isto porque as referidas contribuições incidem sobre o faturamento (receita bruta) mensal e não sobre o resultado.

8.4. Não se pode admitir que numa única e singular hipótese de exclusão de base de cálculo esteja abrangida toda uma gama de hipóteses que se convertem em reduções da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins. Seria como indiretamente implementar um regime de apuração não cumulativa por exclusões, ao invés de deduções de base de contribuições contra base de créditos, para aferimento do valor final a ser recolhido. Registre-se que as hipóteses de creditamento estão expressa e exaustivamente listadas na legislação. Observe-se, ainda, como já informado, que as operadoras de planos de assistência à saúde, encontram-se sujeitas ao regime de apuração cumulativa da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins, com alíquotas bastante inferiores às aplicadas no regime de apuração não cumulativa dessas contribuições.

9. Como se vê, o disposto no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 1998, somente permite a dedução da base de cálculo das contribuições em tela dos valores relativos às indenizações efetivamente pagas, correspondentes a eventos ocorridos, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. Significa dizer que se trata da diferença existente entre duas quantias, ou seja, o valor das despesas desembolsadas efetivamente por uma operadora com tratamento de saúde realizado mediante consultas médicas/odontológicas, exames laboratoriais, hospitalização, terapias etc em beneficiários (clientes) pertencentes à outra operadora (indenizações efetivamente pagas), deduzido da importância recebida a título de transferência de responsabilidade desta outra operadora.”

Cessadas as argumentações trazidas pela autoridade fazendária, com a devida vênia, discordo do resultado exarado pela DRJ *ratione contractus/materiae*.

Isso porque antes de discorrer sobre a subsunção da hipótese de dedução da base de cálculo efetuada pela recorrente, vê-se que a questão se perdura anteriormente às questões contábeis que refletem e fazem surgir consequências tributárias equivocadas.

Ora, a recorrente ao receber recursos do estipulante correspondentes às despesas efetuadas pelos beneficiários junto aos médicos, hospitais, dentistas ou laboratórios que os atenderam, única e exclusivamente para que efetue o pagamento está agindo por conta e ordem àqueles prestadores de serviço – ou seja, agindo como mandatário. O que, contabilmente é indubitável que o registro correto a ser considerado pela recorrente nesses eventos não seria refletido como “receita” e “despesa” – tal como foi normatizado pela ANS através da RN/ANS 290/2012.

E mais. Ainda que a recorrente tenha passado a registrar tais eventos não mais em contas patrimoniais, mas em contas de resultado como “receita” e “despesa” – por conta da RN/ANS 290/2012 – se torna óbvio que tais registros não refletem efetivamente “receita” e “despesa” para fins tributários – pois estes não se enquadram contabilmente nessas naturezas.

Ora, a receita e despesa considerada para fins de tributação, nos termos da legislação vigente, considera os princípios contábeis – axioma das doutrinas e teorias relativas à Ciência Contábil – conforme reza a Resolução CFC 750/93 e Resolução CFC 1282/10, bem como a prevalência da “essência sobre a forma”.

Destarte, com efeito, vê-se claro que não há como considerar “tributariamente” que tais eventos sejam considerados como “receita” e “despesa” da recorrente, pois, além de não conferir à contabilidade devidamente aceita, juridicamente, depreendendo-se da análise do contrato firmado entre as partes, age a recorrente como mero mandatário, efetuando pagamento por conta e ordem do estipulante e nos termos lá aventados. Não refletem efetivamente “receita” e “despesa” da recorrente, ainda que tenha passado a registrar tais eventos em contas de resultado, nos termos da RN/ANS 290/2012.

Notadamente, dentre as “características” que norteiam a contabilidade, há a intensa busca pela “confiabilidade” – que, por sua vez, traz a necessidade de a informação ser apresentada de forma mais verídica e apropriada possível, retratando devidamente e “adequadamente” o que se pretende evidenciar a cada caso concreto.

O que, para que essa “característica” seja constatada nas demonstrações contábeis se torna necessário que se respeite o conceito da “Primazia da Essência sobre a Forma” – prevalecendo essencialmente a realidade econômica dos fatos e, nesse caso, do contrato firmado entre as partes.

Cabe frisar que, de acordo com o art. 2º da Lei 9.718/98, as contribuições para o PIS e Cofins devidas pelas pessoas jurídicas de direito privado serão calculadas com base no seu faturamento, sendo que tal corresponde à receita bruta da pessoa jurídica.

Quanto ao conceito de receita bruta, tem-se que, nos termos do art. 3º da Lei 9.715/98, considera-se faturamento a receita bruta, como definida pela legislação do imposto de renda, proveniente de venda de bens nas operações de conta própria, do preço dos serviços prestados e do resultado auferido nas operações de conta alheia.

Impende reconhecer que, na redação vigente das normas supracitadas, quais sejam, art. 2º da Lei 9.718/98 e art. 3º da Lei 9.715/98, não há inovação em relação à definição de receita bruta já tradicionalmente constante de outras legislações.

Com efeito, analisando-se as disposições do inciso I do art. 187 da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, do art. 12 do Decreto-Lei 1.598/77, e do art. 44 da Lei 4.506/64, constata-se que, na redação atual, as normas relativas à Contribuição para o PIS/e à Cofins adotaram, quanto ao regime de apuração cumulativa, a definição de receita bruta desde há muito entabulada na legislação do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza.

Diante do exposto, vê-se que “receita bruta” compreende a receita decorrente da venda de bens nas operações de conta própria, prestação de serviço em geral e resultado auferido nas operações de conta alheia – ou seja, em nenhum momento, no caso vertente, a “receita” registrada pela recorrente “tributariamente” seria aquela “receita” que comporia a “receita bruta” passível de tributação pelas contribuições do PIS e da Cofins.

Eis que não são decorrentes de serviço prestado pela recorrente – sendo apenas “recursos transitórios” a serem considerados contabilmente e tributariamente em contas patrimoniais.

Não obstante às questões contábeis enfrentadas acima, vê-se que, ainda que não se ignorasse o registro contábil da receita e despesa dos eventos supra, importante mencionar que, com o advento da Lei 12.873/2013, em seu art. 19, § 9-A – transcrito abaixo (destaques meus):

“Art. 19. A Lei no 9.718, de 27 de novembro de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 3o.

§ 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.

.....” (NR)

Houve esclarecimento normativo de que, para efeito de interpretação, o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos compreende 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.

Eis que, tais custos assistenciais compreendem despesas com hospitais, exames laboratoriais, honorários médicos, dentre outros previstos contratualmente com os usuários e de responsabilidade da operadora do plano de saúde.

Ora, independentemente das questões contábeis que, por sua vez, refletem em consequência tributária, vê-se que se considerássemos contabilmente e, por conseguinte, para fins tributários, que o registro contábil correto seria o lançamento de tais eventos como receita e despesa, e não em contas patrimoniais, resta claro que as r. receitas seriam passíveis de dedução do PIS e da Cofins.

Destarte, entendo que contabilmente, considerando a Primazia do Princípio mais importante da contabilidade, qual seja, a Prevalência da Essência sobre a Forma, tributariamente não há que se considerar a natureza de tais eventos como receita e despesa – ainda que tenham sido per si registradas como tais (nota-se que por conta de uma norma emitida pela ANS). Eis que as quantias recebidas pela recorrente e que lhe são entregues com o único propósito de custear as despesas contraídas pelos beneficiários não lhe pertencem e, por conseguinte, não podem ser consideradas suas receitas tampouco incorporadas ao seu Patrimônio Líquido – o que, portanto, tributariamente não compõe o seu patrimônio e tampouco dever-se-ia ser considerado na base de cálculo do Pis e da Cofins.

Não obstante, se ainda assim fossem consideradas contabilmente tais eventos como receita e despesa, vê-se claro que tais receitas seriam passíveis de exclusão, 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 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.

Da Conclusão

Ante todo o exposto, por conseguinte, voto por DAR PROVIMENTO ao Recurso Voluntário.

Assinado digitalmente

Tatiana Midori Migiyama