



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

**Processo n°** 10120.725379/2012-01  
**Recurso n°** De Ofício e Voluntário  
**Acórdão n°** 3403-002.590 – 4ª Câmara / 3ª Turma Ordinária  
**Sessão de** 26 de novembro de 2013  
**Matéria** AI-PIS E COFINS  
**Recorrentes** UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
FAZENDA NACIONAL

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

Período de apuração: 01/07/2007 a 31/12/2009

**CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP. INCIDÊNCIA. FATURAMENTO.**

Constituem faturamento das Operadoras de Plano de Saúde (sejam ou não cooperativas), para efeito de incidência da Contribuição para o PIS/PASEP, os valores cobrados a título de mensalidades/prestações dos clientes (beneficiários do plano de saúde), e das prestações de serviços médicos com sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatórios, consultórios, etc.) por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde).

**CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES DA BASE DE CÁLCULO.**

A dedução prevista no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/1998 alcança não só não só os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzido dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.

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

Período de apuração: 01/07/2007 a 31/12/2009

**COFINS. INCIDÊNCIA. FATURAMENTO.**

Constituem faturamento das Operadoras de Plano de Saúde (sejam ou não cooperativas), para efeito de incidência da COFINS, os valores cobrados a título de mensalidades/prestações dos clientes (beneficiários do plano de saúde), e das prestações de serviços médicos com sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatórios, consultórios, etc.) por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde).

**COFINS. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DEDUÇÕES DA BASE DE CÁLCULO.**

A dedução prevista no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/1998 alcança não só não só os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzido dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

Acordam os membros do colegiado, por unanimidade de votos, em negar provimento ao recurso de ofício, e dar provimento parcial ao recurso voluntário para reconhecer o direito de o contribuinte incluir na dedução prevista no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 não só os pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.

ANTONIO CARLOS ATULIM - Presidente.

ROSALDO TREVISAN - Relator.

Participaram da sessão de julgamento os conselheiros: Antonio Carlos Atulim (presidente da turma), Marcos Tranchesi Ortiz (vice-presidente), Alexandre Kern, Domingos de Sá Filho, Rosaldo Trevisan e Ivan Allegretti.

## Relatório

Versa o presente sobre Autos de Infração lavrados em 20/06/2012, para exigência de COFINS (fls. 199 a 210)<sup>1</sup> e de Contribuição para o PIS/PASEP (fls. 211 a 224), ambas na sistemática da cumulatividade. Nas autuações, alega-se que houve insuficiência de recolhimento das contribuições, pois o contribuinte, no período de julho de 2007 a dezembro de 2008, não ofereceu a tributação as mensalidades recebidas, bem como qualquer outra receita operacional, por entender que a totalidade de suas receitas operacionais eram decorrentes de atos cooperativos. E que no ano de 2009 foram efetuados recolhimentos parciais. A partir de planilhas apresentadas pela empresa, e considerando as exclusões constantes do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 (cf. IN SRF nº 635/2006), foram produzidas as planilhas de cálculo que fundamentaram a autuação.

Na impugnação à autuação (fls. 232 a 253), alega a empresa basicamente que: (a) a autuação não considerou o chamado “custo assistencial”, previsto no inciso IV do art. 17 da IN SRF nº 635/2006; e (b) não foi demonstrado como são advindas de serviços a terceiros (cf. art. 86 da Lei nº 5.764/1971) as seguintes receitas: “outras receitas operacionais”,

<sup>1</sup> Todos os números de folhas indicados nesta decisão são baseados na numeração eletrônica da versão digital do processo (e-processos) conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001

“receitas financeiras”, “equivalência patrimonial”, e “outras receitas não operacionais”. Sustenta ainda que para a exclusão prevista no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 (indenizações referentes aos eventos ocorridos) não se pode adotar a interpretação dada pelo fisco de que abarca apenas as despesas com o atendimento de usuários de outras operadoras de planos de saúde (em desacordo com o entendimento dado pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS, que afirma, no Ofício 152/2007/CGHAO/DIOPE/ANS/MS, que as indenizações de eventos ocorridos abarcam “os custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários, da cobertura oferecida pelos planos de saúde, ou seja, são os custos com os atendimentos feitos aos beneficiários do plano de saúde da operadora”). Ademais, o entendimento do fisco atua em sentido contrário ao buscado pela MP nº 2.158-35/2001, que inseriu o referido § 9º ao art. 3º da Lei nº 9.718/1998, revelado na exposição de motivos do ato: a isonomia com as entidades de seguro. Acrescenta que as sociedades cooperativas não possuem receita ou despesa própria, sendo essas sempre dos cooperados.

Em 23/11/2012 ocorre o julgamento de primeira instância (fls. 313 a 333), no qual se decide pela parcial procedência da manifestação de inconformidade, sob os argumentos de que: (a) a comercialização de planos de saúde, para disponibilizar aos contratados uma série de serviços e produtos prestados por terceiros não cooperados, como hospitalares, com pagamento de diárias, laboratoriais, odontológicos, fornecimento de medicamentos, entre outros, além de não visar a prestação de serviço ao associado da cooperativa, caracteriza intermediação, em operação de mercancia, definida no parágrafo único do art. 79 da Lei nº 5.764/1971 como ato não cooperativo, submetido à tributação regular das contribuições sociais sobre o faturamento ou receita da pessoa jurídica; (b) o § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, permite deduzir da base de cálculo das contribuições o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades, o que não abarca custos e despesas relativos aos eventos com os próprios associados da cooperativa, mas somente com associados de outras operadoras; e (c) as cooperativas de trabalho médico encontram-se submetidas ao regime cumulativo de apuração da COFINS e da Contribuição para o PIS/PASEP, razão pela qual a base de cálculo é determinada pelos artigos 2º e 3º da Lei nº 9.718/1998, devendo, com a declaração de inconstitucionalidade do § 1º do art. 3º, ser excluídas na apuração da base de cálculo as receitas financeiras auferidas pela sociedade cooperativa que atua na área de saúde. Pelo montante excluído pelo julgamento da DRJ, referente a receitas financeiras, apresenta-se recurso de ofício.

Cientificada da decisão de piso em 11/12/2012 (AR à fl. 364), a empresa apresenta recurso voluntário em 08/01/2013 (fls. 368 a 387), no qual reitera a argumentação exposta na manifestação de inconformidade.

A Fazenda apresenta contrarrazões às fls. 446 a 468, destacando que: (a) não são atos cooperados os praticados com usuários de planos de saúde; (b) quando a cooperativa transaciona com terceiros não associados (laboratórios, clínicas e hospitais ou usuários de planos de saúde), cabe a ela a segregação das receitas de atos cooperados dos não cooperados, para efeito de tributação; e (c) a exclusão trazida pelo inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 tem por escopo despesas com associados de outras operadoras, na forma que vem entendendo o CARF (e admitir o contrário transformaria, na prática, as contribuições em não-cumulativas).

É o relatório.

## Voto

Conselheiro Rosaldo Trevisan, relator

O recurso preenche os requisitos formais de admissibilidade e, portanto, dele se toma conhecimento.

Discute-se nos presentes autos a incidência da Contribuição para o PIS/PASEP e da Cofins sobre as cooperativas médicas, no que se refere a receitas específicas detalhadas pela recorrente (“outras receitas operacionais”, “equivalência patrimonial”, e “outras receitas não operacionais”), e à amplitude das exclusões permitidas pelo inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998.

De início, é de se destacar que se pacificou entendimento sobre o tema, nesta Terceira Turma, no início de 2013, com a análise de dois processos de cooperativas médicas (UNIMED-Petrópolis e UNIMED-Salvador).

O primeiro julgado ilustra o fenômeno ocorrido com a alteração da legislação em 2001, pois a autuação, naquele processo, abarcava períodos anteriores (nos quais a análise era feita com base nos arts. 79, 85, 86, 87, 88 e 111 da Lei nº 5.764/1971) e posteriores à inclusão do inciso III ao § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, pela MP nº 2.158-35/2001:

*“Conforme entendimento assentado administrativamente no CARF e judicialmente no STJ, e disciplinado nos arts. 79, 87 e 111 da Lei nº 5.764/1971, **incide a Contribuição para o PIS/Pasep sobre atos não cooperativos.***

(...)

*Há que se destacar ainda que ao art. 3º da Lei nº 9.718/1998 foi alterado pela Medida Provisória nº 2.158-35/2001, acrescentando-se um § 9º, com o seguinte teor:*

(...)

*Conforme o art. 92, IV, “a” da Medida Provisória (MP), a alteração produz efeitos relativamente aos fatos geradores ocorridos a partir de 1º de dezembro de 2001, cabendo destacar que o texto não estava nas (re)edições anteriores da mesma MP.*

*Considerando a presente autuação, a maior parte do período objeto da exigência fiscal já estaria sob o manto do novel diploma.*

*Veja-se que **no novo comando legal é irrelevante ser a operadora uma cooperativa ou não**, pelo que não há que se prosseguir, novamente, na distinção entre ato cooperativo e não cooperativo (caso a operadora seja também uma cooperativa, e se entenda pela impossibilidade de tributação do ato cooperativo, por óbvio não poderia a operadora/cooperativa se beneficiar duas vezes da mesma exclusão).*

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

estabelecer tratamento isonômico entre a tributação das operadoras de plano de saúde e das operadoras de seguro. E é nessa analogia (que já havia sido incidentalmente sugerida tanto no entendimento da COSIT quanto na autuação, ao se referir a “traços de seguro-saúde”) que se deve pautar a interpretação do texto legal.

Pode então a operadora de saúde (seja cooperativa ou não) deduzir da base de cálculo (faturamento), os montantes enquadráveis nos incisos I a III do novo parágrafo.

(...)

Diante da delimitação legal do binômio hipótese de incidência - consequente (especificamente no que se refere à base de cálculo) da contribuição, não resta muito o que discutir em relação à possibilidade de incidir a contribuição sobre empresas como a recorrente.

**A argumentação exposta no recurso voluntário no sentido de que não incidem tributos sobre a modalidade operacional das sociedades cooperativas, pois estas não têm atuação própria relativa a seu objeto econômico, agindo apenas em nome dos seus sócios, fica afastada diante da clareza dos dispositivos legais, que só poderiam ser superados se tidos como inconstitucionais (esclarecendo-se que tal análise excederia a competência deste tribunal, conforme entendimento já consolidado na Súmula CARF nº 2: “O CARF não é competente para se pronunciar sobre a inconstitucionalidade de lei tributária”).” (Acórdão n. 3403-001.987, Rel. Cons. Rosaldo Trevisan, unânime, sessão de 20.mar.2013) (grifo nosso)**

No segundo, trata-se de autuação exclusivamente referente a período posterior à MP nº 2.158-35/2001 (como é o caso dos presentes autos), buscando identificar o sentido dos incisos (com destaque para o III) do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998:

**“O fato de os pagamentos realizados pela cooperativa configurarem ou não um ato cooperativo é indiferente para a apuração da Cofins, pois se trata de uma contribuição que incide sobre o faturamento ou receita bruta, ou seja, que se refere ao ingresso de recursos na entidade e não à saída de recursos.**

(...)

As deduções da base de cálculo previstas em relação às operadoras de planos de saúde também se aplicam às cooperativas de serviço médico que desenvolvem esta mesma atividade. Configuram indenizações de eventos ocorridos, para o efeito da dedução da base de cálculo prevista no art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98, **os pagamentos realizados pelas cooperativas para terceiros (tais como médicos, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados), para suportar os atendimentos (tais como consultas médicas, exames laboratoriais, hospitalização, cirurgias, terapias etc), a que deram causa os usuários dos planos de saúde, independente de se tratar de usuários da**



**própria operadora ou de outras operadoras, desde que tenham sido efetivamente pagos, reduzidos dos valores reembolsados pelas outras operadoras.**” (Acórdão n. 3403-001.986, Rel. Cons. Ivan Allegretti, unânime, sessão de 20.mar.2013) (grifo nosso)

Mas tais julgados são a consequência, e não a causa da formação de convicção desta turma. O verdadeiro divisor de águas na discussão do tema neste CARF, citado por ambos os Acórdãos aqui referidos, é um julgamento proferido na Segunda Turma da Terceira Câmara desta Terceira Seção, no qual a questão foi analisada com detalhamento exemplar:

“Assunto: Contribuição para o PIS/Pasep Período de apuração: 01/01/2000 a 31/12/2003.

(...)

COOPERATIVAS MÉDICAS - PIS/COFINS - MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.158-35 - POSSIBILIDADES DE EXCLUSÃO - CO-RESPONSABILIDADE CEDIDA - CONCEITO Nas operadoras de planos de saúde - OPS - entende-se por despesas decorrentes de co-responsabilidade cedidas aquelas resultantes dos valores pagos à outras operadores para que estas façam o atendimento de seus beneficiários, sendo que neste caso ocorre a transferência de responsabilidade ou transferência de risco para esta segunda operadora que vai atender os beneficiários. Em outras palavras, trata-se de valor mensal, pago a operadoras contratadas - chamadas congêneres - para estas assumirem a responsabilidade pela cobertura de assistência à saúde de determinados grupos de beneficiários ou usuários dos planos de saúde da OPS contratante.

(...)

COOPERATIVAS MÉDICAS - PIS/COFINS - MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.158-35 - POSSIBILIDADES DE EXCLUSÃO - INDENIZAÇÕES REFERENTES A EVENTOS OCORRIDOS - CONCEITO Grande polêmica alcança a exclusão de base de cálculo prevista no inciso III, § 9º, artigo 2º da MP 2.158-35, que assim determina: III - o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades. **Este dispositivo diverge, por consectário lógico, não equivale ao inciso I, que possibilita a exclusão de valores repassados para as congêneres contratadas com transferência de responsabilidade. O inciso III permite a exclusão dos valores repassados aos credenciados, sem transferência de responsabilidade, que ao invés de receberem valores fixos mensais, recebem indenizações por eventos efetivamente ocorridos.** Em nenhuma hipótese se permite a exclusão da base de cálculo de valores referentes à rede própria.

(...)

No presente caso não há controvérsia sobre o fato de que a Recorrente fatura, contra terceiros não cooperados, os valores correspondentes a serviços prestados diretamente por seus cooperados. O valor que a Recorrente arrecada é repassado aos cooperados por meio de atos cooperados (não tributáveis), mas

*sofre a incidência tributária, quando recebido pela Recorrente - sob pena de, sobre tais valores, não ocorrer incidência tributária alguma.*

*Ora, se o cooperado recebesse os valores diretamente do terceiro (para quem presta seus serviços) tais valores também seriam tributados, quando do recebimento pelo cooperado. Caso admitíssemos a não incidência no recebimento do valor pela cooperativa e no repasse ao cooperado, estaríamos admitindo que serviços prestados através de cooperativas jamais seriam tributados o que não me parece lógico, ou legal (em especial considerando o princípio da isonomia).*

*Assim, o cooperado pode escolher o modelo que melhor lhe convém para receber os valores correspondentes à sua prestação de serviços:*

*(i) prestar os serviços e receber diretamente do terceiro contratante, tributando os valores quando deste recebimento, ou;*

*(ii) receber os valores através da cooperativa, sem submetê-los à tributação nesta etapa do fluxo financeiro (pois estar-se-á diante de ato cooperado), mas ciente de que na remessa dos valores do terceiro (tomador de seus serviços), para a cooperativa (que fatura o valor diretamente ao tomador) esta deverá oferecer a quantia à tributação.*

*Importante ressaltar que não há prejuízo para os cooperados, porque eles já pagariam uma vez a tributação. Uma incidência é devida e garantida pela própria legislação que trata do ato cooperado. O que a legislação garante é que os cooperados, que ao meu ver são considerados uma espécie de “hipossuficientes”, utilizem do mecanismo do agrupamento para prestar seu serviço e fazer frente aos grandes concorrentes sem que, para isso, sofram ônus, majorações do custo operacional.*

**No presente caso a Recorrente recebe de terceiros (beneficiários) valores que, embora de titularidade dos cooperados, devem ser tributados nesta etapa do fluxo financeiro, pois se consubstanciam faturamento, sem que haja disposição legal que autorize a não incidência tributária. Logo, nego provimento à alegação da Recorrente de inexistência de base tributável por ser totalmente decorrente de ato cooperado, vez que é devido o PIS sobre os valores recebidos pela Recorrente, ainda que em nome de seus cooperados, sendo tais quantias faturamento tributável, por configurar resultados de operações com não cooperados.**

*(...)*

*Pois bem. Em primeiro lugar faz-se necessário consolidar o **entendimento do que é faturamento para uma operadora de saúde**, nos termos da interpretação consolidada pelo Supremo Tribunal Federal (“receita da venda de produtos e serviços”). Parece-me evidente que uma OPS tem como faturamento todos os valores cobrados a título de: **(i) prestações mensais faturadas***

contra seus clientes, pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, bem como (ii) prestação de serviços médicos com a utilização de sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatórios, consultórios, etc) por terceiros, aqui entendidos quaisquer pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde.

(...)

É de sumária nitidez a determinação contida na Lei nº 9.718/98 (introduzida pela Medida Provisória nº 2.158-35), sobre a possibilidade de exclusão, da base de cálculo do PIS e Cofins das operadoras de saúde (OPS), dos valores referentes às co-responsabilidades cedidas. Neste ponto, crucial é saber o que são “co-responsabilidades cedidas”.

Conforme esclarecido, as empresas que operam a saúde podem fazê-lo por meio de sua rede própria e/ou com o auxílio de terceiros ou ainda cooperados. Ocorre que esses terceiros, também denominados de “credenciados” ou “congêneres” podem ser contratados de forma direta ou indireta.

Os credenciados contratados de forma direta (ou simplesmente credenciados) prestam o serviço “em nome” e sob a responsabilidade da OPS contratante. Aqui, não há transferência de responsabilidade da cobertura de assistência à saúde dos beneficiários ou usuários dos planos de saúde. O credenciado é contratado para a prestação de serviços específicos a serem prestados consoante sua especialidade médica, trata da saúde dos beneficiários do plano por evento. Por exemplo, médicos cardiologistas que atendem os usuários do plano de saúde em seus consultórios particulares e são remunerados pelas OPS, em função da quantidade de horas dispendidas (sic) ou pela quantidade de consultas efetuadas.

Já as congêneres credenciados contratados de forma indireta são outras OPS (denominadas de congêneres por serem do mesmo gênero da contratante) que são contratadas para assumir a responsabilidade pela cobertura de assistência à saúde de determinados grupos de beneficiários ou usuários dos planos de saúde da OPS contratante. Aqui se identifica a TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE ou TRANSFERÊNCIA DE RISCO. Essas congêneres prestam o serviço contratado em seu próprio nome e, por isso, respondem diretamente pelo serviço prestado. As congêneres obrigatoriamente devem ser OPS, porque apenas as operadoras registradas na ANS podem assumir riscos em saúde suplementar. A congênera assume o risco de tratar permanentemente da saúde dos usuários que assumiu de outra OPS, cobrando para tanto uma taxa mensal para “cuidar” dos beneficiários que foram “transferidos” aos seus cuidados. Portanto, recebe um valor fixo contratado entre as partes, sendo este valor devido ainda que o serviço não seja utilizado pelo beneficiário.

De forma sumária tem-se que no primeiro caso (“credenciado”), a responsabilidade é da OPS contratante e o pagamento do serviço é feito mensalmente, pelos eventos ocorridos, enquanto no segundo caso (“congêneres”), a responsabilidade pelo



*atendimento médico é da OPS contratada e o pagamento é realizado mensalmente apurado de acordo com a quantidade de beneficiários transferidos/cobertos pela congênere. Esta questão da responsabilidade é regulada pela própria ANS, que para garantir os beneficiários exige, cada vez que a OPS credencia um prestador de serviço, uma série de documentos/informações.*

(...)

*Toda esta introdução é necessária porque a redação do “inciso I” do citado §9º, menciona que serão excluídos da base os valores referentes à “co-responsabilidade cedida”. Trata, portanto, de responsabilidade e de cessão. Neste aspecto, o dispositivo legal mencionado permite que sejam excluídos da base de cálculo os valores pagos justamente para estas congêneres, que se responsabilizam por determinados beneficiários da OPS contratante, do que se conclui, por dedução lógica inversa, que os valores pagos aos credenciados (contratados de forma direta) não se enquadram neste “inciso I”.*

(...)

### **(iii) Indenizações Referentes a Eventos Ocorridos**

*Este é, seguramente, dos conceitos trazidos pela legislação, o de mais difícil interpretação. As maiores divergências estão justamente no entendimento de sua significação.*

*A simples leitura do inciso III é suficiente para constatar que se trata de uma DEDUÇÃO seguida de uma ADIÇÃO. Poderão ser **excluídas** as referidas indenizações, mas deverão ser **incluídos** os valores recebidos a título de transferência de responsabilidades.*

(...)

*De pronto, afasto o entendimento de que o inciso III está vinculado aos eventos decorrentes de “cessão de responsabilidade”. Em primeiro lugar porque não existe evento com “cessão de responsabilidade”, esta apenas é possível, inclusive por determinação da ANS, quando se opera a “transferência da responsabilidade pelo beneficiário”. Inclusive, o pagamento por cessão da responsabilidade independe de qualquer evento, é devido simplesmente porque a responsabilidade foi transferida. O **simples fato do pagamento para CONGÊNERES e para simples CREDENCIADOS ser realizado de forma diferente (o primeiro fixo por mês, o segundo por evento ocorrido e comprovado)** já é suficiente para se constatar a diferença do inciso I e III neste particular.*

(...)

*Neste diapasão, em termos operacionais, quando se trata de indenização por evento, automaticamente se exclui a cessão de*

*responsabilidade, razão pela qual todos os valores referentes à transferência de responsabilidade estão localizados no inciso I do citado § 9º.*

*Por idêntica forma, aparto a interpretação de que o legislador não pretendeu excluir da base de cálculo o valor pago a terceiros, pois não resta dúvida de que o inciso I do §9º refere-se a terceiros (CONGÊNERES), que como dito alhures são espécie de credenciados contratados de forma indireta. Neste sentido, que é possível a exclusão da base de cálculo de valores pagos a terceiros, não tenho dúvida, e em afirmação a isto está o próprio inciso I do dispositivo legal analisado.*

(...)

*Conforme se depreende do texto legal, o inciso III permite a dedução do “...valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos...” O que significa indenizações de eventos ocorridos efetivamente pagos? Mais uma vez socorro-me dos aspectos técnicos específicos do setor.*

*Em aspectos práticos, para fim de atender as determinações da ANS, a sistemática de procedimento das empresas de saúde geralmente obedece ao seguinte critério:*

(1)	<i>O credenciado presta o serviço para o beneficiário.</i>	<i>Janeiro /XI</i>
(2)	<i>Após o serviço prestado, este credenciado informa à OPS, apresentando a documentação suporte necessária para o ressarcimento do custo, já que a credenciada trabalha por evento (ao contrário da congênera). A OPS reconhece a despesa quando desse aviso/notificação.</i>	<i>Fevereiro /XI</i>
(3)	<i>Apenas após validar a informação da credenciada a OPS realiza o pagamento.</i>	<i>Março /XI</i>

(...)

*Neste diapasão, os eventos ocorridos em janeiro/XI, serão reconhecidos contabilmente em fevereiro/XI, quando AVISADOS, e efetivamente pagos a partir de março/XI, quando da validação e aprovação final das contas apresentadas para a OPS, sendo impossível qualquer outro procedimento.*

*Este procedimento específico tem uma razão de ser. Até o momento do pagamento podem ocorrer e efetivamente ocorrem – glosas. Assim, na hipótese de o legislador permitir a contabilização e dedução do valor AVISADO, estaria utilizando valor não definitivo. Por outro giro, ao utilizar o valor PAGO, a legislação adota o custo efetivo do evento, não o valor informado pelo credenciado, mas aquele efetivamente aceito pela OPS contratante e efetivamente pago.*

*Pode-se dizer que, com este procedimento, o legislador buscou os números finais mais objetivos possíveis, pois a partir do pagamento entende-se incabível qualquer tipo de reajuste. Esta “apuração do número final”, inclusive, permite a rastreabilidade dos valores envolvidos, por ser um número definitivo. Procedimento diverso significaria a contabilização de números preliminares sujeitos a ajustes nos meses seguintes, o que macularia a objetividade da apuração da referida exclusão.*

*É uma espécie de exceção aos regimes de caixa e competência, e por isso que se tornou imperioso ao legislador reconhecer a especificidade do setor e determinar que apenas poderia ser deduzido o valor das **“indenizações referentes a evento ocorrido efetivamente pago”**, sob pena de (i) o benefício não poder ser aplicado ao setor; (ii) causar grande confusão nos controles ou, no limite, (iii) serem deduzidos valores preliminares, ainda não pagos, e reconhecidos contabilmente.*

*É exatamente em razão desta especificidade de procedimento do setor que discordo do raciocínio de exclusão total e genérica da conta 4.1.1. É que **não são todos os eventos registrados naquela rubrica que podem, a meu ver, ser considerados como “indenizações” ou “eventos ocorridos, efetivamente pagos”**. **A Rede Própria consiste no exercício direto do serviço médico, incluindo portanto todos os custos e despesas operacionais decorrentes da utilização de hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios, serviços de imagem, inclusive folha de salário dos empregados médicos e paramédicos, depreciação dos imóveis operacionais,...., das OPS. Para tais, não há como tratá-los nos limites de definição ao termo “indenização”**.*

*Não me parece, ao conhecer o procedimento do setor, que os valores referentes à rede própria estejam dentre aqueles imaginados pelo legislador, e esta interpretação decorre justamente da análise dos termos legais.*

*Todavia, é visível a identidade dos dizeres apostos no inciso III com o procedimento adotado para os credenciados. Indiscutível que são estes os valores cuja exclusão foi pretendida pelo legislador. Os credenciados – não congêneres – atuam por evento, e recebem o pagamento para cada serviço prestado, após estar efetivamente confirmado pela OPS contratante.*

*Todavia, é preciso atentar para o fato de que não são todos os eventos AVISADOS pelos terceiros que serão deduzidos, mas apenas aqueles **efetivamente pagos**, por isso se considera a conta contábil de resultado.*

*Reitero que não se trata de discutir o conceito de faturamento para as OPS, esta questão já foi superada quando definida a base de cálculo. Trata-se de dar efetividade à intenção do legislador que foi, claramente, beneficiar esse setor de saúde com a exclusão de determinados valores da base de cálculo constituída para pagamento dos tributos em tela (justamente do valor total do faturamento).*

Ante os esclarecimentos expostos, entendo que o inciso III, do parágrafo 9º, do artigo 3º, da Lei nº 9.718/98 determinou com absoluta clareza a exclusão dos valores efetivamente pagos aos terceiros (rede credenciada e SUS), não congêneres, os quais se coadunam exatamente com os dispositivos legais mencionados.

No que se refere à mencionada **ADICÇÃO**, também presente neste inciso, mais uma vez deparamo-nos com o conceito de transferência de responsabilidade. Conforme já analisado, tem-se a transferência de responsabilidade quando a outra OPS e exerce a função de CONGÊNERE, ou seja, a mesma função da OPS que a contratou, respondendo inclusive civil e penalmente pela prestação do serviço médico. No caso, assim como a Recorrente contrata terceiros para lhe prestar serviços, no exercício de suas atividades é contratada por outras empresas para atender aos beneficiários destas. A OPS contratada assume a totalidade dos RISCOS no atendimento médico hospitalar de determinados usuários da OPS contratante. Dessa forma, as partes estabelecem o valor que a contratada deverá faturar contra a contratante, usualmente em função das quantidades de beneficiários a serem assistidos e o tipo do plano de saúde (hospitalar, ambulatorial,...).

É cediço que tais contratações são muito comuns neste segmento em virtude da necessária abrangência geográfica dos planos de saúde. É certo que as pessoas estão em constante movimento, e esta mobilidade faz com que, às vezes, tenham que ser atendidas em locais (cidades/estados) diversos daqueles onde a OPS que mantém seu plano de saúde possui estabelecimento, bem como os clientes corporativos que mantém filiais e empregados em vários municípios brasileiros, onde a OPS contratada pelo cliente empresarial, não tem estabelecimento. Assim, para poder atender aos seus beneficiários, e com a devida autorização da ANS, as OPS se servem de outras empresas de saúde, as quais terão condições de atender o beneficiário de acordo com as especificidades e nos locais que estes necessitem.

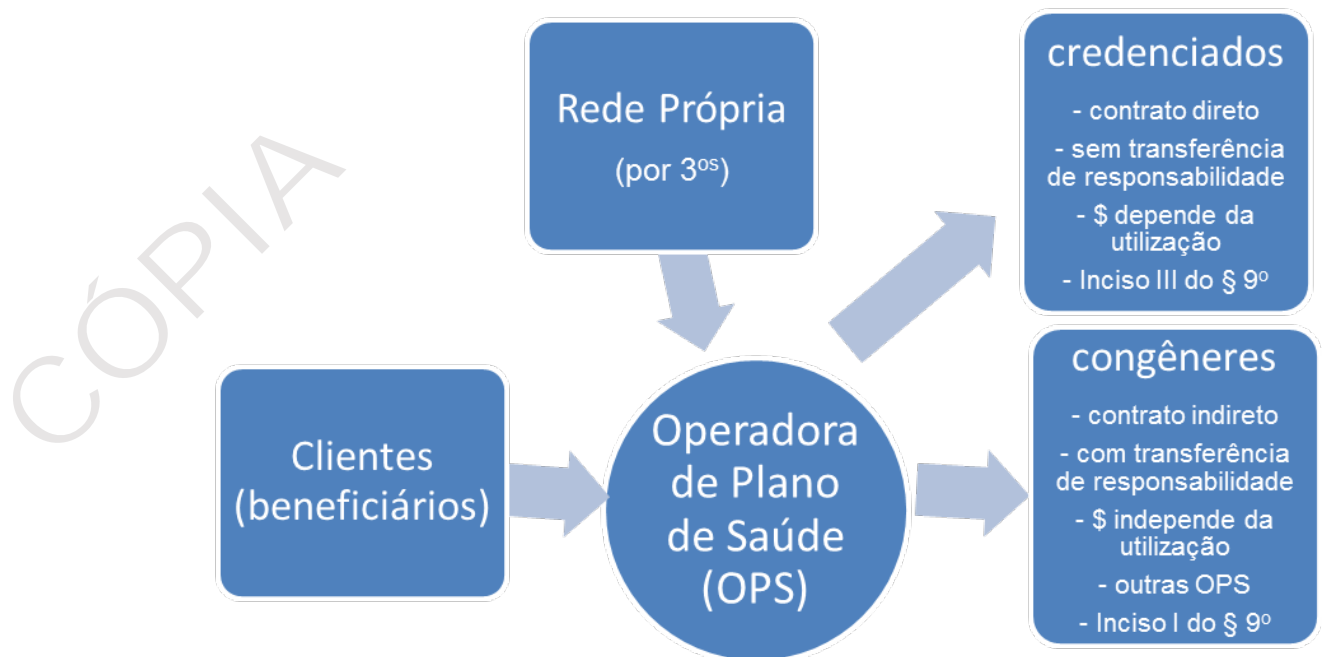
A meu ver, é evidente que esta receita – mensalidade recebida pela Recorrente para atender beneficiários, ainda que de terceiros – é faturamento da Recorrente.

(...)

Ao obrigar a tributação sobre os valores recebidos a título de transferência de responsabilidades, a legislação garante que aquele que efetivamente prestou o serviço, seja tributado.

(...)” (Acórdão n. 3302-001.765, Rel. Cons. Fabiana Cassiano Keramidas, unânime, sessão de 21.ago.2012) (grifo nosso)

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



Assim, constituem faturamento das Operadoras de Plano de Saúde (sejam ou não cooperativas), para efeito de incidência das contribuições, os valores cobrados a título de mensalidades/prestações dos clientes (beneficiários do plano de saúde), e das prestações de serviços médicos com sua rede própria (hospitais, clínicas, pronto socorros, ambulatórios, consultórios, etc.) por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas, inclusive outras operadoras de saúde). E os valores recebidos destinam-se a terceiros (que podem ou não ser cooperados), que são contratados diretamente (credenciados), ou indiretamente, para assegurar a cobertura de assistência aos beneficiários (congêneres, que são outras OPS).

Incabível, assim, a alegação de que as receitas operacionais seriam inatingíveis pela tributação das contribuições pelo fato de ser a operadora uma cooperativa. Ainda que eventualmente a operadora receba valores em nome de seus cooperados, as quantias são recebidas de não cooperados, configurando faturamento.

Na autuação, em relação a esse tópico, afirma-se que foram excluídas das bases de cálculo as receitas referentes aos "atos cooperativos" (intercâmbios), além de deduzidos os valores relativos à Reserva Legal e Fates (artigo 10 da IN SRF nº 635/2006).

E, no julgamento de primeira instância, são excluídas as receitas financeiras, a nosso ver, de forma compatível com o entendimento do STF ao apreciar a inconstitucionalidade do § 1º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 (parágrafo esse recentemente revogado pela Lei nº 11.941/2009), pelo que se propugna por **negar provimento ao recurso de ofício apresentado.**

Em sede de recurso voluntário a empresa sustenta que as rubricas referentes a outras receitas, discriminadas nas planilhas de fls. 134/163 deveriam igualmente ser excluídas da autuação, em observância aos arts. 86 e 111 da Lei nº 5.764/1971, pois "não podem ser tidas como decorrentes da prestação de serviços a terceiro não associado, e a fiscalização não logrou comprovar o contrário".



Contudo, o cômputo das outras receitas deve-se ao fato de a recorrente considerar que as transações com terceiros (como hospitais, clínicas e laboratórios) correspondem a atos não tributados de acordo com a Lei nº 5.764/1971, o que não procede. Há que se concordar aqui com as considerações da PGFN em sede de contrarrazões, no sentido de que ao transacionar com terceiros não associados, a recorrente pratica atos não cooperados, que são tributados. Ademais, legalmente prevista a inclusão das receitas operacionais na base de cálculo, devem ser excluídas as receitas financeiras (o que já foi feito pela DRJ) e aquelas relacionadas nos incisos do § 2º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 (que a autuação informa ter excluído do lançamento). E a empresa não aponta especificamente em seu recurso voluntário nenhuma rubrica indevidamente computada, para que pudesse ser verificado se efetivamente ocorreu erro na autuação.

Tem-se, assim, como procedente a autuação no que se refere à base de cálculo adotada, à exceção da questão referente à aplicação do disposto no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998, que se passa a discutir adiante.

Veja-se o texto da norma:

*“§ 9º Na determinação da base de cálculo da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS, **as operadoras de planos de assistência à saúde poderão deduzir:***

(...)

***III - o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pago,** deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades”. (grifo nosso)*

O inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 se refere, como exposto no voto-paradigma aqui reproduzido, à exclusão dos valores **efetivamente pagos** aos **terceiros credenciados** (rede credenciada/SUS).

E é absolutamente irrelevante se os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados da própria operadora ou de outras operadoras (como já decidiu esta turma unanimemente, v.g., nos Acórdãos n. 3403-002.049, 3403-002.051 e 3403-002.466):

*“**Configuram indenizações de eventos ocorridos, para o efeito da dedução da base de cálculo prevista no art. 3º, § 9º, III, da Lei nº 9.718/98, os pagamentos realizados pelas cooperativas para terceiros** (tais como médicos, clínicas, hospitais e laboratórios credenciados), **para suportar os atendimentos** (tais como consultas médicas, exames laboratoriais, hospitalização, cirurgias, terapias etc), **a que deram causa os usuários dos planos de saúde independente de se tratar de usuários da própria operadora ou de outras operadoras, desde que tenham sido efetivamente pagos, reduzidos dos valores reembolsados pelas outras operadoras.**” (Acórdão n. 3403-002.049, Rel. Cons. Ivan Allegretti, unânime quanto ao tema, sessão de 23.abr.2013) (grifo nosso)*

*“Exclui-se da base de cálculo da contribuição devida pelas operadoras de planos de saúde o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, **efetivamente pagos a credenciados e a médicos cooperados,** deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de*

responsabilidades.” (Acórdão n. 3403-002.051, Rel. Cons. Antonio Carlos Atulim, unânime quanto ao tema, sessão de 24.abr.2013) (grifo nosso)

**“A dedução prevista no art. 3º, § 9º, III da Lei nº 9.718/98 alcança não só os pagamentos efetuados por eventos realizados em associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzido dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.”** (Acórdão n. 3403-002.466, Rel. Cons. Antonio Carlos Atulim, unânime, sessão de 25.set.2013) (grifo nosso)

A endossar esse entendimento, apresenta-se alteração efetuada há menos de um mês no art. 3º da Lei nº 9.718/1998, pela Lei nº 12.873, de 24/10/2013, que incluiu um § 9º-A, com caráter declaradamente interpretativo, dispondo que:

**“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”.** (grifo nosso)

Tendo em vista que a fiscalização somente aceitou, a título de dedução, os valores efetivamente pagos por eventos realizados em associados de outras operadoras, já deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade, devem ser incluídos na dedução ainda os valores efetivamente pagos à rede credenciada e ao SUS (não congêneres). E resta improcedente a autuação no que nega essa dedução.

Diante do exposto, voto no sentido de negar provimento ao recurso de ofício, e dar parcial provimento ao recurso voluntário apresentado, reconhecendo o direito de o contribuinte incluir na dedução prevista no inciso III do § 9º do art. 3º da Lei nº 9.718/1998 não só os pagamentos efetuados em relação a associados de outras operadoras, mas também os pagamentos efetuados à rede credenciada e ao SUS (não congêneres), deduzidos dos valores recebidos a título de transferência de responsabilidade.

Rosaldo Trevisan

CÓPIA