



FACULDADE DE ECONOMIA E FINANÇAS IBMEC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM
ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROFISSIONALIZANTE EM ADMINISTRAÇÃO**

**O IMPACTO DO RECONHECIMENTO E CONTABILIZAÇÃO
DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS NAS DEMONSTRAÇÕES
CONTÁBEIS DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**

FLAVIO FERNANDES MACHADO

ORIENTADOR: PROF. DR. RAIMUNDO NONATO SOUSA SILVA

Rio de Janeiro, junho de 2010.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

O IMPACTO DO RECONHECIMENTO E CONTABILIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

FLAVIO FERNANDES MACHADO

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissionalizante em
Administração como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em
Administração.
Área de Concentração: Contabilidade

ORIENTADOR: PROF. DR. RAIMUNDO NONATO SOUSA SILVA

Rio de Janeiro, junho de 2010.

O IMPACTO DO RECONHECIMENTO E CONTABILIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES LEGAIS NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

FLAVIO FERNANDES MACHADO

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissionalizante em
Administração como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em
Administração.
Área de Concentração: Contabilidade

Avaliação:

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor Raimundo Nonato Sousa Silva (Orientador)
Instituição: IBMEC

Professor Doutor Luis Filipe Rossi
Instituição: IBMEC

Professor Doutor Luiz dos Santos Lins
Instituição: UFRJ

Rio de Janeiro, de junho de 2010.

FICHA CATALOGRÁFICA

Prezado aluno (a),

Por favor, envie os dados abaixo assim que estiver com a versão definitiva, ou seja, quando não faltar mais nenhuma alteração a ser feita para o e-mail biblioteca.rj@ibmecrj.br, colocando no assunto: FICHA CATALOGRÁFICA - MESTRADO.

Enviaremos a ficha catalográfica o mais breve possível para o seu e-mail (se possível em até 72 horas).

- 1) Nome completo;
- 2) Título e subtítulo (se houver e separados);
- 3) Ano da defesa;
- 4) Área de concentração;
- 5) Assunto principal (contextualizado);
- 6) Assuntos secundários;
- 7) Palavras-chave, e
- 8) Resumo (se possível)
- 9) Curso (Mestrado profissionalizante em ...)

Ou envie os anexos contendo a página de rosto e a do resumo, além da área de concentração.

Dedico este trabalho especialmente ao meu pai, que hoje se encontra em outra etapa da vida – seus atos, carinho, dedicação e outras provas de amor por mim nunca serão esquecidos. Seus princípios e sua ética são exemplos que levarei para toda a minha vida. A você, meu carinho eterno.

À minha mãe, pela sua luta, amor e espírito alegre no modo de viver a vida do seu jeito, que me gera orgulho de ser seu filho.

À minha namorada Adriana, pelo carinho e paciência nos finais de semana em que o computador, livros, artigos, balanços e cálculos eram meus companheiros de trabalho, além da brilhante pesquisa na área tributária.

Ao Fluminense Futebol Clube, na alegria e na tristeza, e que um dia voltará a ser conduzido da maneira que sua grandiosidade e importância no futebol brasileiro merecem.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Raimundo Nonato Sousa Silva, por ter aceitado o convite para a orientação deste trabalho e pelas importantes contribuições para o que o mesmo fosse concluído.

À amiga e colega de trabalho Carolina Gouveia, pela revisão precisa, detalhada e sugestões excepcionais, como de costume.

À amiga e colega de trabalho Claudete Rocha, pela ajuda na montagem do projeto, pelas dicas sempre úteis e pelos comentários construtivos.

Ao amigo João Bernardo e sua família, pela ajuda, carinho e apoio em momentos importantes de minha vida, além de ter me dado a honra de ser padrinho de sua linda filha Juliana.

Ao amigo Sergio Pinho e sua família, grande companheiro de arquibancada nos títulos do Fluminense, pela amizade e por ter me dado um grande afilhado como Raphael.

Aos meus amigos de infância do Colégio Nossa Senhora da Assunção, Alberto Bruzzi, Claudio Marcus, José Gustavo Pinheiro, Julio Verbicario e Luciano Bersot, uma turma que tenho honra de ter feito parte.

Aos meus amigos de Colégio Itapuca e UFF, Alessandro Cascabulho, Alexandre Cabral, Aloísio Figueiredo, Anderson Farias, Andrea Cardoso, Jose Lailson Brito, Marcos Garrido, Ricardo Lauar, Roberto Bazin, Rogério “Jordy” Cardoso e Wladimir Gomes, pela convivência, churrascos, jogos de Copa do Mundo, viagens e festas que levarei pra vida toda.

Aos meus colegas do futebol de sábado, Althayr Junior, Erick, Giovani, Guilherme, Gustavo, Luiz Bezerra, Luiz Claudio, Paulo Cesar, Marcelo Schwanback, Marcelo Spindola, Rafael,

dentre outros, que ainda me permitem fazer uns lançamentos, dar passes precisos e marcar uns gols na minha longa carreira de jogador de peladas.

Aos meus primos Carlos Augusto Machado e Felipe Machado, pela amizade e exemplo de conduta nas vidas pessoal, acadêmica e profissional.

Ao IBMEC, nas figuras dos professores Roberto Marcos Montezano, Luis Alberto Filho e Valter de Assis Moreno Jr., com quem muito aprendi no Mestrado Profissionalizante em Administração, Rita de Cássia, Denise e Márcia (Secretárias), pela atenção e dedicação prestadas.

À ANS, na figura do Dr. Hésio Cordeiro, por ter investido em minha formação profissional e disponibilizado as condições necessárias à conclusão deste Programa de Mestrado.

A Ricardo Nohra Simões, Diretor-Adjunto da DIOPE de 2000 a 2004, pelas oportunidades de trabalho, ensinamentos, profissionalismo, ética e exemplos de atuação como servidor público.

Aos amigos Helio Santos e Vinicius Soares, pelo seu profissionalismo e ótimos trabalhos que fizemos juntos na equipe de análise de seguradoras na ANS.

Aos colegas de trabalho do início da ANS, Alicio Dantas, Anderson Schuenck, Gabriel Franco, João Lobo, Jorge Lima, Paulo Bruno, Ricardo Cardoso, Sônia Ribeiro e Washington Alves, além de outros que ajudaram a sedimentar a regulação dos planos privados de assistência à saúde no Brasil.

Aos amigos e colegas de trabalho da ANS André Cardoso, Fabio Leal, Frederico Braga e Kelmo Gavião, pelos almoços intelectuais e filosóficos que ajudam na dureza do dia-a-dia.

Aos verdadeiros amigos e colegas de trabalho, com quem tenho a honra de dividir os quadros de servidores da ANS.

Ao AC/DC, Bachman Turner Overdrive, Black Sabbath, Blue Oyster Cult, Deep Purple, Frank Marino, Free, Iron Maiden, Jethro Tull, Jimi Hendrix, Kansas, Led Zeppelin, Lynyrd Skynyrd, Motorhead, Rory Gallagher, Rush, Santana, The Allman Brothers Band, The Doors, The Who, Thin Lizzy, UFO, Uriah Heep e outros ícones do classic-rock, pelos momentos em que a alma precisava de energia extra.

Ao Average White Band, Coco Montoya, Curtis Mayfield, Genesis, Maze, Pink Floyd, Renaissance, Steely Dan, Yes e outros clássicos do rhythm`n blues, soul e progressivo, pelos momentos em que a alma precisava baixar o nível de tensão.

Godddamn there's always such a big temptation to be good, to be good.

There's always free cheddar in a mousetrap, baby, It's a deal, it's a deal...

God's away, God's away, God's away on business, business...God's away, God's away, God's away on business, business.

Tom Waits

They say that life's a carousel, Spinning fast, you've got to ride it well.

The world is full of kings and queens, who blind your eyes and steal your dreams, It's heaven and hell, oh well

And they'll tell you black is really white, the moon is just the sun at night

And when you walk in golden halls, you get to keep the gold that falls

It's heaven and hell, oh no

Ronnie James Dio

If you like to gamble, I tell you I'm your man

You win some, lose some, it's - all - the same to me

The pleasure is to play, it makes no difference what you say

I don't share your greed, the only card I need is...the Ace Of Spades.

Lemmy Kilmister

RESUMO

No mercado de saúde suplementar, o segmento das Cooperativas Médicas, chamadas Unimed, é responsável por algo em torno de 35% do total da receita bruta do mercado, 27% do número de consumidores e 20% do número total de operadoras, com base no segundo trimestre de 2009. No entanto, nesse segmento, foi detectado um problema de não contabilização das Obrigações Legais, o que gerou um passivo oculto de alto valor. Na tentativa de sanar este problema, a ANS editou a IN/DIOPE nº 20/2008, com o objetivo de permitir àquelas Cooperativas registrar no ativo realizável a longo prazo a contrapartida do valor contábil das Obrigações Legais registradas no passivo exigível a longo prazo, desde que fossem transferidas para seus cooperados a responsabilidade pelo pagamento dessas obrigações, com acordo realizado em assembléia geral. O presente trabalho, portanto, explora as ações regulatórias, apresentando a contextualização do mercado de saúde suplementar, a questão tributária das cooperativas, os critérios de seleção da amostra e os impactos da adoção da IN/DIOPE nº 20/2008, verificando o reflexo das mudanças nas demonstrações contábeis das cooperativas. Os resultados mostraram que, dentre as maiores Cooperativas Médicas por receita bruta, 60% adotou o previsto na norma, produzindo o registro de mais de R\$ 2 bilhões em tributos contabilizados, mas que ainda falta uma boa parte desse segmento, o que acarretaria uma necessidade de maior rigor na aplicação da legislação.

Palavras Chave: 1. Mercado de Saúde Suplementar. 2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 3. Cooperativas Médicas. 4. Obrigações Legais. 5. Demonstrações Contábeis

ABSTRACT

On the health insurance market, Medical Cooperatives, represented by the Unimed, are a very important segment of this market. According to data available for the second trimester of 2009 these companies were responsible for c. 35% of this market's overall income, 27% of consumers and 20% of companies. However, the problem of non-accountability of legal obligations was identified in this market-segment, which generated high debts. Trying to deal with this problem, ANS issued Normative Instruction number 20/2008 of DIOPE, allowing these companies to account for their legal obligations as long term debts and to incorporate these into their long term assets, as long as these debts are transferred to the members of the cooperative in accordance to an agreement to be reached in general assembly. This work explores these regulatory instructions, contextualizing the health insurance market, the tax issues involving cooperatives, the criteria for selection of the sample and impact of adopting Normative Instruction number 20/2008, analysing the impact of changes in these companies's balance sheets. Results show that, among the companies with highest income, 60% followed the instructions issued, registering over 2 billion in tax. A representative number of companies have not complied with this instruction yet, which requires greater rigour in applying current legislation.

Key words: 1. Health Insurance Market. 2. National Agency for Complementary Health. 3. Medical cooperatives. 4. Legal Obligations. 5. Balance Sheet

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora, segundo o tipo de vínculo	2
Tabela 2 -	Evolução da receita com contraprestações pecuniárias por modalidade de operadora	6
Tabela 3 -	Evolução dos indicadores de desempenho e de participação no mercado das Cooperativas Médicas	6
Tabela 4 -	Amostra das 20 maiores Cooperativas Médicas	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro geral da amostra: adoção ou não da IN/DIOPE N° 20/2008 ...	78
------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição no mercado de saúde suplementar por modalidade de operadoras e beneficiários vinculados	5
------------	--	---

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AGE	Assembléia Geral Extraordinária
AGO	Assembléia Geral Ordinária
ANPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADOP	Sistema de Cadastro de Operadoras
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPC	Comitê de Pronunciamentos Contábeis
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS
DIFIS	Diretoria de Fiscalização da ANS
DIGES	Diretoria de Gestão da ANS
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DIPRO	Diretoria de Produtos da ANS

IASB	<i>International Accounting Standards Board</i>
IBRACON	Instituto dos Auditores Independentes do Brasil
IFRS	<i>International Financial Reporting Standards</i>
IN	Instrução Normativa
IRPJ	Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica
ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
LAIR	Lucro antes do Imposto de Renda
LALUR	Livro de Apuração do Lucro Real
MP	Medida Provisória
NPC	Norma de Procedimento Contábil
NURAF	Núcleo Regional de Fiscalização da ANS
PAES	Parcelamento Especial
PIS	Programa de Integração Social
RN	Resolução Normativa
RPS	Sistema de Registro de Produtos
RTT	Regime Tributário de Transição
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIG_ANS	Sistema de Informações Gerenciais da ANS
SIP	Sistema de Informações de Produtos
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO	1
1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	5
1.3. JUSTIFICATIVA	8
1.4. OBJETIVOS DA PESQUISA	11
1.4.1. OBJETIVO GERAL	11
1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	11
1.5. RELEVÂNCIA DO ESTUDO	11
1.6. ESTRUTURA DO TRABALHO	13
1.7. RESULTADOS ESPERADOS	14
1.8. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	15

2. O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	16
2.2. REGULAÇÃO	18
2.2.1. REGULAÇÃO PRUDENCIAL	20
2.2.2. ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO	23
2.3. MODELO DE ATUAÇÃO DO MERCADO	25
2.4. MODALIDADES DE OPERADORAS	28
2.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	30
2.6. FONTES DE DADOS PARA O MONITORAMENTO DO MERCADO	30
2.6.1. OUTRAS FONTES DE MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO	32

3. FUNDAMENTOS LEGAIS

3.1. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE	37
3.2. A LEI Nº 5.764/1971	38
3.3. A COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – UNIMED	40
3.4. A LEI Nº 9.656/1998	43
3.5. A LEI Nº 9.961/2000	44
3.6. A NPC/IBRACON Nº 22/2005	47
3.7. IN/DIOPE Nº 20/2008	49

3.8. IN/DIOPE Nº 39/2010	51
3.9. IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA – ISS	51
3.10. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL – PIS	53
3.11. CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL – COFINS	54
3.12. CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO – CSLL	56
3.13. O REGIME TRIBUTÁRIO DE TRANSIÇÃO – RTT	57
4. A QUESTÃO TRIBUTÁRIA DAS COOPERATIVAS	
4.1. DO ATO COOPERATIVO E NÃO COOPERATIVO	60
4.2. TRIBUTAÇÃO DAS COOPERATIVAS À LUZ DA JURISPRUDÊNCIA	62
4.2.1. ATO COOPERATIVO X ATO NÃO COOPERATIVO	62
4.2.2. INCIDÊNCIA DE PIS/COFINS	64
4.2.3. INCIDÊNCIA DE CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	65
4.2.4. INCIDÊNCIA DE IMPOSTO DE RENDA	68
4.2.5. INCIDÊNCIA DE ISS	69
5. METODOLOGIA DA PESQUISA	
5.1. PESQUISA EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA	72
5.2. DEFINIÇÃO DA AMOSTRAGEM	75
5.3. FONTE E COLETA DE DADOS	77
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	78
7. CONCLUSÕES	85
7.1. RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICES	100
ANEXOS	140

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho pretende apresentar, quantificar e analisar o impacto da contabilização das Obrigações Legais por parte das Cooperativas Médicas que atuam no mercado de saúde suplementar, principalmente após a publicação da Instrução Normativa nº 20, de 20 de outubro de 2008, editada pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador das operadoras de planos de assistência à saúde no Brasil, bem como da posição da jurisprudência dos Tribunais Superiores que entende haver incidência tributária sobre suas atividades, pondo em evidência prática sedimentada nesse segmento de mercado de não reconhecer serem devidos tributos sobre atos cooperativos.

Para melhor contextualizar o estudo proposto, vale dizer que o mercado de saúde suplementar no Brasil¹ apresenta números relevantes. Com um total em torno de 53 milhões de beneficiários² (14 milhões alocados na modalidade de Cooperativas Médicas) em dezembro de 2009, segundo dados do SIG_ANS³, destaca-se um movimento financeiro total nesse setor em torno de R\$ 60 bilhões; a importância desse segmento se tornou ainda maior a partir da edição da Lei nº 9.656/98, que disciplinou os planos privados de assistência à saúde. Análise relatada no Caderno de Informação da Saúde Suplementar mostrou que a divisão do total de beneficiários, com base no segundo trimestre de 2009, registrou 41,5 milhões de vínculos de

¹ Setor onde operam (atuam) os planos e seguros privados de assistência à saúde.

² Pessoa física que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, observada a legislação vigente, para garantia de assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

³ SIG_ANS é o Sistema de Informações Gerenciais da ANS, desenvolvido pela DIDES. Possui informações gerais sobre as operadoras de planos de saúde.

beneficiários a planos de assistência médica e 11,8 milhões, a planos exclusivamente odontológicos.

Entre os planos de assistência médica, 73,4% do total de vínculos de beneficiários era a planos coletivos, com variação de 1,4% em relação ao ano anterior e 21,6%, a planos individuais. Esta variação positiva do número de beneficiários de planos coletivos pode estar associada à recuperação do emprego observada nos últimos meses.

Tabela 1 Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora, segundo o tipo de vínculo

Modalidade	Total	Titular	Dependente	Não informado
Total	41.169.592	22.286.363	17.505.998	1.377.231
Autogestão	5.223.081	2.127.692	2.570.870	524.519
Cooperativa médica	14.372.497	7.831.161	6.243.917	297.419
Filantropia	1.331.497	807.241	469.070	55.186
Medicina de grupo	15.394.319	9.008.909	5.895.861	489.549
Seguradora esp. em saúde	4.848.198	2.511.360	2.326.280	10.558

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 07/2009

De acordo com Sato (2007), com o crescimento do mercado de saúde suplementar, surgido nos anos sessenta e apresentando expansão significativa entre as décadas de oitenta e noventa, o Estado passou a reconhecer a importância de se regular esse setor. Nesse contexto, foi estabelecido o marco regulatório setorial pela edição da Lei nº 9.656/1998, que disciplina as garantias assistenciais e econômico-financeiras mínimas para a operação dos planos privados de assistência à saúde, e da Lei nº 9.961/2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a autarquia especial responsável pela regulação desse mercado.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Sua direção se dá por órgão colegiado⁴ composto por um Diretor-Presidente e quatro Diretores com mandatos fixos e não coincidentes de três anos. Segundo Sato, ao citar Nunes (2001), essa Agência Reguladora tem como características legais: autonomia de decisão; ampla divulgação de decisões e procedimentos e celeridade nas relações com os agentes econômicos⁵.

Conforme Sato (2007), o impacto das medidas derivadas da atuação da agência influencia diretamente na gestão dos prestadores de serviços, hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais. Sua sede fica na cidade do Rio de Janeiro, mas atua em todo o Brasil por seus Núcleos de Fiscalização (NURAFs). Seu corpo técnico e operacional conta com cerca de 700 funcionários, divididos entre as seguintes Diretorias: de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), de Desenvolvimento Setorial (DIDES), de Fiscalização (DIFIS) e de Gestão (DIGES). As metas são controladas pelos Contratos de Gestão⁶ firmados com o Ministério da Saúde, a quem se vincula, mas não se subordina.

A ANS, na qualidade de agência reguladora, tem poder normativo para orientar regras de funcionamento para o mercado. Assim, além das normas baixadas pelo Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, conselho interministerial composto pelos Ministros da Casa Civil, da

⁴ A Lei nº 9.961/00 estabelece, em seu Art. 5º, que a ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno. Dentre as principais competências desta Diretoria Colegiada podemos destacar o exercício da administração da ANS; a edição das normas sobre matérias de competência da ANS; aprovação do regimento interno; e elaboração e divulgação de relatórios periódicos de suas atividades.

⁵ Estão incluídos os consumidores, que também são agentes econômicos.

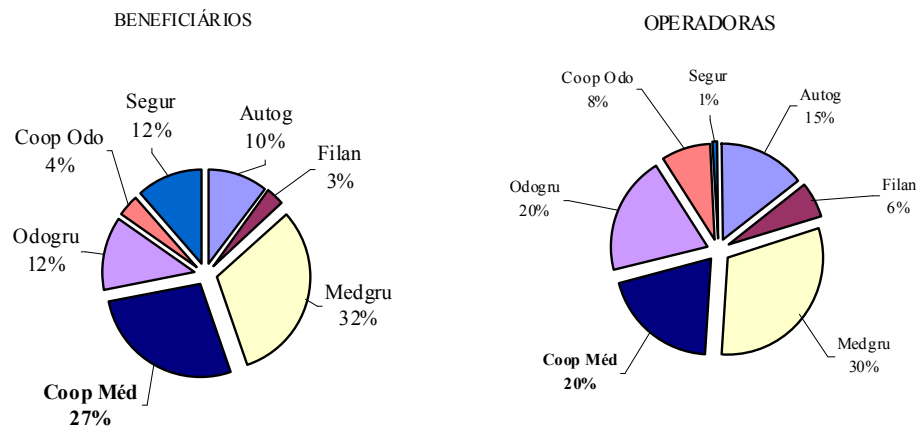
⁶ O Contrato de Gestão da ANS é o instrumento de gestão com a pactuação de compromissos e resultados celebrados com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, tomando-se por base parâmetros claros e preestabelecidos, traduzidos em um conjunto de metas e indicadores para a aferição dos resultados. Constitui instrumento de controle social e de aperfeiçoamento de gestão e desempenho. Os instrumentos contratuais são: i) contrato de gestão; ii) extrato do contrato de gestão; iii) relatório anual de execução do contrato de gestão; e iv) comunicado final sintético do contrato de gestão. Fonte: www.ans.gov.br – Transparência.

Saúde, da Fazenda, do Planejamento e Orçamento e da Justiça, a Diretoria Colegiada da ANS edita Resoluções Normativas - RNs que disciplinam os aspectos econômico-financeiros, estruturais e assistenciais das atividades das operadoras de planos de assistência à saúde. A instrumentalização dessas Resoluções pode se dar por Instruções Normativas – INs baixadas no âmbito de cada Diretoria responsável pela matéria tratada.

Em relação ao mercado de planos de assistência à saúde, este se distingue por apresentar características econômicas específicas, as quais: i) informação assimétrica; ii) risco na operação; iii) barreiras institucionais à entrada no mercado; e iv) externalidades negativas (Teixeira, 2001). Também podem ser apontadas outras características mencionadas com menos frequência na literatura, relativas à tecnologia, à baixa mobilidade dos fatores de produção, aos juros e aos custos de transação, que contribuem para a formação de um traço marcante do mercado de planos de saúde: os custos crescentes. (Sato, 2007).

Dentre os principais atores desse mercado destacam-se as operadoras de planos de assistência à saúde, que são as empresas e entidades que atuam no mercado de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. A ANS definiu, por suas normas, sete modalidades de operadoras, são elas: cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo, assim distribuídas:

Figura 1: Distribuição no mercado de saúde suplementar por modalidade de operadoras e beneficiários vinculados



O foco deste trabalho se dará sobre as Cooperativas Médicas, modalidade de expressiva participação nesse setor, e do problema relevante pelo qual passa a maioria dessas entidades, com sérios impactos para a solvência do mercado: a mensuração e a contabilização das Obrigações Legais.

1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Desde o início do processo de regulação do mercado de saúde suplementar, um dos setores de maior destaque, quando se aborda a receita oriunda dos consumidores, é o das Cooperativas Médicas, conforme quadro a seguir:

Tabela 2 – Evolução da receita com contraprestações pecuniárias por modalidade de operadora

Modalidade da operadora	2005	2006	2007	2008 ⁽²⁾	2009 (2º trimestre)
Total	37.115.756.529	41.987.294.255	51.757.966.246	60.340.019.686	28.995.201.546
Operadoras médico-hospitalares	36.373.157.129	41.111.274.498	50.686.440.441	59.180.046.949	28.995.201.546
Autogestão ⁽¹⁾	768.172.132	887.569.521	6.281.299.728	6.908.079.185	3.481.747.066
Cooperativa médica	13.989.222.898	16.427.043.182	18.183.202.630	21.254.917.270	10.200.238.848
Filantropia	1.079.015.202	1.189.206.431	1.925.933.929	2.197.375.082	650.911.181
Medicina de grupo	12.624.257.513	13.857.515.799	15.687.580.405	17.765.340.632	8.724.719.732
Seguradora especializada em saúde	7.912.489.383	8.749.939.565	8.608.423.749	11.054.334.780	5.937.584.718
Operadoras exclusivamente odontológicas	742.599.400	876.019.757	1.071.525.805	1.159.972.737	517.857.095
Cooperativa odontológica	246.802.425	249.336.442	320.920.840	357.994.563	153.033.128
Odontologia de grupo	495.796.974	626.683.315	750.604.965	801.978.175	364.823.967

Fonte: Caderno de Informações da Saúde Suplementar - setembro de 2009.

Nota: Dados preliminares, sujeitos a revisão.

(1) As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

(2) Para as operadoras que não enviaram Diops no quarto trimestre (correspondente a 5,6% dos beneficiários), foi utilizada a receita informada no terceiro trimestre (3,8% dos beneficiários).

O Atlas Econômico-Financeiro da DIOPE, na edição de 2008⁷, apresentou o seguinte quadro em relação às Cooperativas Médicas:

Tabela 3 - Evolução dos indicadores de desempenho e de participação no mercado das Cooperativas Médicas

	2006	2007	2008	Var. % 08/06
Número de Operadoras	358	349	345	-3,63
Beneficiários (x 1000)	11.979	13.101	13.974	16,65
População (x 1000)	186.771	183.990	189.613	1,52
Cobertura (%)	6,41	7,12	7,37	14,90
Contraprestação Média (R\$) (a)	112,93	116,49	126,93	12,40
Despesas Médicas (%) (b)	80,71	79,33	81,40	0,86
Despesas Comerciais (%)	1,97	1,49	1,57	-20,19
Despesas Administrativas (%)	12,24	16,03	15,18	24,03
Combinado (%) (c)	94,92	96,85	98,16	3,41
HHI (%) (d)	1,58	1,63	1,72	8,56
C4 (%) (d)	17,08	18,51	19,80	15,94

(a) Receita Média;

(b) Também conhecida como Sinistralidade. Obtida pela divisão entre as Despesas Médicas (chamadas de Eventos Indenizáveis Líquidos) e a Receita Líquida (Contraprestações Líquidas);

(c) O índice Combinado possui a seguinte fórmula: (Despesas Médicas + Despesas Administrativas + Despesas Comerciais) / Receita Líquida. Ele mede o percentual de despesas operacionais dentro da capacidade de gerar Receita Líquida dentro da empresa.

(d) Os índices de concentração HHI e C4 são calculados com base no total de beneficiários. O mercado das Cooperativas Médicas é indicado como “Altamente Competitivo”. Esses índices não serão explorados neste trabalho.

⁷ Foi utilizada a edição de 2008 para coincidir com o último período analisado nas demonstrações contábeis das Cooperativas Médicas contempladas na amostra.

No âmbito da regulação econômica promovida pela ANS, o setor de Cooperativas Médicas ganhou destaque ainda maior desde que a DIOPE e, com efeito, os auditores independentes, começaram a quantificar e determinar a contabilização das Obrigações Legais dessas operadoras que, em sua grande maioria, sequer registravam os valores em suas demonstrações contábeis.

O não registro das Obrigações Legais nas demonstrações contábeis ocorria devido ao entendimento das Cooperativas de que a prestação de serviços efetuada por seus cooperados se enquadrava no conceito de **ato cooperativo**⁸, sobre o qual não haveria a incidência de tributos, conforme determina o art. 79, da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971:

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

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

Os atos sujeitos à tributação, denominados **atos não cooperativos**, estão previstos na mesma Lei, em seu art. 87:

Art. 87. Os resultados das operações das cooperativas com não associados, mencionados nos artigos 85 e 86, serão levados à conta do "Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social" e serão contabilizados em separado, de molde a permitir cálculo para incidência de tributos.

A partir dessas definições legais, as Cooperativas Médicas entendiam que o ato cooperativo previsto no art. 79 da Lei nº 5.764/71 não era passível de tributação, enquanto que o ato que

⁸ De acordo com Camargos (2010), a fim de identificar as características abrangidas pelo referido art. 79, pode-se conceituar o Ato Cooperativo como sendo as ações direcionadas para a oferta coletiva dos serviços, bens ou produtos dos seus associados, compreendendo a assinatura de contratos com usuários, consumidores, compradores e outros contratantes, cobrança e recebimento de preço contratado, registro, controle e distribuição de resultado, bem como apuração e atribuição aos cooperados das despesas necessárias ao cumprimento do objeto da sociedade, tudo mediante rateio na proporção direta da fruição dos serviços recebidos pela Cooperativa.

consiste em serviço remunerado prestado a terceiro, o não cooperativo⁹, conforme o art. 87 da mesma Lei estaria diretamente sujeito ao tributo.

Com base nesses entendimentos, as Cooperativas Médicas não mensuraram e registraram as suas Obrigações Legais de forma precisa, gerando uma massa de informações que não era do conhecimento dos principais interessados nas peças contábeis e, como fato mais agravante, a ausência do recolhimento correto dos tributos, especialmente o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, Programa de Integração Social - PIS e Contribuição para Financiamento da Seguridade Social - COFINS.

Desse modo, o ponto central do problema e objetivo deste trabalho é o registro das Obrigações Legais - ISS, PIS e COFINS por parte das Cooperativas Médicas, de acordo com a IN/DIOPE nº 20/2008, bem como o reflexo dessas obrigações nas demonstrações contábeis dessas operadoras.

1.3. JUSTIFICATIVA

Desde o início do processo de regulação do mercado de saúde suplementar, essa modalidade sempre se entendeu à margem da tributação de ISS, PIS e COFINS, recusando-se a aceitar a existência das Obrigações Legais. Dentro do âmbito da DIOPE, responsável pelo acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, houve várias discussões com o mercado sobre a necessidade da constituição deste passivo.

⁹ Os atos não cooperativos são aqueles que são praticados pela cooperativa na prestação de serviços que normalmente seria destinado aos cooperados, mas no caso foram realizados a favor de terceiros. De qualquer forma, esses atos acabam sendo lucrativos para a cooperativa, pois os mesmos, como são direcionados a terceiros que não fazem parte da cooperativa, estes não recebem as sobras, como normalmente receberia um cooperado. Fonte: <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/journals/2/articles/32584/public/32584-39779-1-PB.pdf>. Acesso em 11 jan. 2010.

Entre 2000 e 2005, principalmente, um movimento dentro das Cooperativas Médicas (conhecidas como Unimed), denominado Aliança¹⁰, passou inclusive a não reconhecer a ANS como autoridade reguladora. Posteriormente, as empresas que faziam parte desse movimento perderam força perante a própria gestão das cooperativas, em nível nacional. Aquelas que se adequaram à regulação tiveram oportunidade de constituir as exigências relativas às garantias financeiras, enquanto que as cooperativas que insistiram em não ingressar no ambiente regulado acabaram por se esvaziar economicamente, tendo sofrido, em grande parte, medidas interventivas¹¹ e, até, excluídas compulsoriamente do mercado pela via da liquidação extrajudicial.

Da atuação em conjunto da ANS com outros órgãos de governo, no período de 1998 a 2008, a cobrança dos tributos vem tomando forma. Observa-se que muitos Municípios em que as Cooperativas Médicas atuam vêm aprimorando sua administração tributária, inclusive com intensificação das cobranças judiciais, de acordo com o exame efetuado em vários relatórios oriundos das operadoras e nos pareceres dos auditores independentes.

Nesse contexto, a contabilização das Obrigações Legais é fator que provocará alto impacto nas demonstrações contábeis das Cooperativas Médicas. A não contabilização também acarretará problemas no curto e médio prazo, pois as decisões judiciais têm sido desfavoráveis a essas cooperativas.

¹⁰ Em 1997, a Federação Norte/Nordeste decretou-se um grupo dissidente do complexo, fundando a “Aliança Unimed”. O resultado foi uma série de disputas internas pela adesão das singulares e federações, além do direito de uso da marca Unimed.

¹¹ As medidas interventivas da ANS estão previstas na RN nº 52/02 da DIOPE, as quais: direção fiscal; direção técnica; e liquidação extrajudicial.

Como exercício para estimar-se a relevância desses valores, é possível demonstrar cálculo global, utilizando-se do percentual de 4% (ISS médio estimado) do Faturamento Bruto, acrescido de 7,65% também do Faturamento Bruto relativo a PIS/COFINS. Assim, com base nas informações contábeis das operadoras relativas ao 2º trimestre de 2009, o total da Receita Bruta das Cooperativas Médicas foi de **R\$ 10.200.238 mil**. Com o cálculo acima, chega-se a um valor de R\$ 408.009 mil ($4\% * R\$ 10.200.238 \text{ mil}$) para ISS e R\$ 780.319 mil ($7,65\% * R\$ 10.200.238 \text{ mil}$) para PIS/COFINS.

O registro no Passivo Circulante e no Exigível a Longo Prazo, com contrapartida direta no Resultado, e por conseguinte no Patrimônio Líquido, aumentaria, então, consideravelmente o percentual de endividamento dessas entidades, gerando dúvidas quanto a solvência e, até permanência da Cooperativa Médica no mercado. O foco deste trabalho está justamente na medida adotada pelo regulador para que o impacto desse registro contábil não provocasse um desequilíbrio marcante no mercado de saúde suplementar.

Outro problema detectado é que os tributos prescrevem em 5 anos. Isso significa que a apuração precisa dessas Obrigações Legais deve ser feita de forma célere, em obediência aos princípios contábeis em vigor, visando refletir a qualidade econômico-financeira dessas Cooperativas.

1.4. OBJETIVOS DA PESQUISA

1.4.1. OBJETIVO GERAL

Mensurar com base nas demonstrações contábeis, notas explicativas e no parecer dos auditores independentes as Obrigações Legais não contabilizadas pelas maiores operadoras enquadradas na modalidade de Cooperativas Médicas, conduzindo o processo de regulação para que registrem corretamente esse valor, utilizando as ferramentas necessárias, em especial a IN/DIOPE nº 20/2008.

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar o impacto da contabilização das Obrigações Legais nas demonstrações contábeis das operadoras em estudo.

1.5. RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Considerando a necessidade de regulamentar a forma de contabilização das Obrigações Legais, como definido pela Norma de Procedimento Contábil nº 22, de 25 de abril de 2005, do Instituto Brasileiro de Contabilidade – NPC nº 22/IBRACON, bem como a forma de contabilização de prejuízos apurados em cada exercício social, a DIOPE criou a IN/DIOPE nº 20/2008, cujos objetivos principais, dentro do escopo das Obrigações Legais, determinam:

- i) a destinação dos prejuízos apurados ao término de cada exercício;
- ii) o modelo de contabilização do Principal, mais juros e encargos;

- iii) a possibilidade de registro da contrapartida de Lucros/Prejuízos Acumulados em Ativo Realizável a Longo Prazo, em caráter excepcional, por parte das Cooperativas Médicas e Odontológicas, contanto que conste em Ata de Assembléia Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2008 a assunção da responsabilidade pelo pagamento dos tributos pelos cooperados;

A partir da publicação dessa norma, aliado a algumas decisões do Superior Tribunal de Justiça - STJ em relação à obrigação do registro das Obrigações Legais por parte das Cooperativas Médicas, além das ressalvas apontadas em pareceres de auditores independentes, o impacto econômico-financeiro será bastante significativo para a estabilidade desse mercado.

A relevância do estudo reside no fato de que a não contabilização das Obrigações Legais significa:

- i) Demonstrações Contábeis com erros na sua elaboração;
- ii) Superavaliação do Patrimônio Líquido, sem o impacto do provisionamento dos tributos no curto e longo prazo;
- iii) Subavaliação do nível de Endividamento;
- iv) Incorreta mensuração do risco¹² de mercado, devido à subavaliação do endividamento e percentual de capital próprio de cada subagente;

¹² Conforme Bernstein, 1996, e Philips, 1998, o termo risco significa incerteza de perda financeira. Também se refere a uma pessoa segurada ou perigo contra o qual se efetua o seguro. Nas sociedades modernas, busca-se controlar a variabilidade dos eventos, compreender a natureza dos riscos e avaliar suas consequências para converter o futuro incerto em oportunidades de ganho que impulsionem a sociedade. Nesse sentido o risco pode ser definido como a variação relativa dos resultados reais em relação aos resultados esperados.

1.6. ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho será desenvolvido em sete capítulos. No primeiro procura-se discorrer, de uma forma geral, sobre a configuração do mercado de saúde suplementar, apresentando os números macro do setor, a origem da legislação e os principais objetivos da pesquisa.

No segundo capítulo, será feita a contextualização do mercado de saúde suplementar, com descrição das ações regulatórias, conceitos de falhas de mercado, em particular a assimetria de informação, além da estrutura do mercado, divisão das modalidades de operadoras de planos de saúde e tipos de produtos disponíveis ao consumidor.

O terceiro capítulo apresentará os fundamentos legais, passando pelos principais aspectos normativos que regulam o setor, como as normas gerais da ANS e IBRACON, os conceitos dos tributos, a importância da normatização para o mercado de saúde suplementar, um breve histórico sobre a edição da Lei nº 9.656/98 e a base contábil que vem norteando as mudanças na regulação econômico-financeira da ANS.

No quarto capítulo será colocada a questão tributária das cooperativas, do conceito do ato cooperativo e não cooperativo, com abordagens do direito tributário, passando pela legislação que trata de cada incidência dos tributos que são abordados neste trabalho e a referência de algumas decisões judiciais que nortearam o debate dentro do mercado.

A metodologia da pesquisa será apresentada no quinto capítulo, com a justificativa para a aplicação do método de estudo de caso, a definição das principais questões a serem

pesquisadas, a forma de coleta de dados e a elaboração da análise. Os dados utilizados serão aqueles disponibilizados oficialmente pelas operadoras para a ANS, de domínio público.

A análise dos resultados da pesquisa será o tema do capítulo seis, com a utilização de valores informados nas demonstrações contábeis, em notas explicativas e no parecer dos auditores independentes, a partir do quadro sinótico das Cooperativas Médicas após a adesão ou não à IN/DIOPE nº 20/2008.

No sétimo e último capítulo, serão feitas as conclusões e breves recomendações para pesquisas futuras, inseridas dentro do contexto do mercado estudado.

1.7 RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados no estudo representarão um dimensionamento mais preciso da situação econômico-financeira das Cooperativas Médicas dentro do mercado de saúde suplementar. Com a adequação do cálculo das Obrigações Legais e seu posterior registro, a contabilidade das operadoras estará adequada aos princípios contábeis em vigor, fazendo com que os maiores interessados, regulador, consumidores, prestadores e Fisco, tenham acesso a real situação da operadora.

Um segundo resultado esperado é a diminuição do risco de mercado mensurado, reduzindo a assimetria de informações e aprimorando a relação entre operadora, prestador de serviço e beneficiário.

O conhecimento da realidade dos impactos das Obrigações Legais e sua contabilização resultariam em uma melhora da transparência da operadora dentro do mercado.

Outro resultado importante, neste caso, para a operadora, seria a possibilidade de mensurar qual o montante do fluxo de caixa comprometido dentro do fluxo total da empresa, evitando a interrupção do pagamento dos tributos e a possibilidade de exclusão de algum plano de refinanciamento oferecido pelo governo, como o PAES, por exemplo.

1.8. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo será feito com base em uma amostra das vinte maiores operadoras do país na modalidade Cooperativa Médica, dentre aquelas que enviaram informações para a ANS, com base no critério de maior volume de receita bruta.

2. O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Para melhor se entender a dinâmica que envolve a regulação do mercado de saúde suplementar, cumpre, neste capítulo, traçar algumas definições, ainda que em linhas gerais, sobre o *modus operandi* dos planos de assistência à saúde, assim como os aspectos da dimensão e funcionamento desse setor.

2.1. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O plano de assistência à saúde, tal qual o seguro, tem origem ligada à necessidade primitiva do homem de se proteger do perigo, da incerteza do futuro e do medo da perda dos bens conquistados. Na hierarquia das necessidades de Maslow, lembrada por Chiavenato (1994), depois de satisfeitas as demandas fisiológicas, o ser humano busca a segurança.

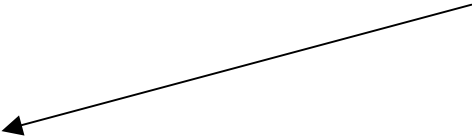
Assim, a oferta de um plano de assistência à saúde no mercado se apóia no fato de que o homem é avesso ao risco e, como a necessidade de assistência à saúde é imprevisível e bastante cara, um grupo de pessoas, para se proteger, dispõe-se a pagar um preço calculado atuarialmente em função da probabilidade da ocorrência de evento futuro. É a diluição do risco dos custos assistenciais, distribuída por muitas pessoas à essência do plano de assistência à saúde, já que todos contribuem, mas poucos vão necessitar do serviço em dado intervalo de tempo (Chollet e Lewis, 1997).

Logo, a operação de um plano de assistência à saúde é caracterizada como típica atividade de risco, fundada em três determinantes:

- i) Previdência: prevenção do homem, para si ou seus bens, contra eventuais prejuízos econômicos;
- ii) Incerteza: imprevisibilidade da possibilidade e do momento de ocorrência de um evento; e
- iii) Mutualismo: quando um grupo de indivíduos se reúne a fim de repartir entre si os prejuízos sofridos por alguns.

A partir dessas premissas pode-se estabelecer a base de cálculo de um plano de assistência à saúde, que pode ser representada na seguinte fórmula:

FREQUÊNCIA HISTÓRICA DOS EVENTOS x PREÇO DO PROCEDIMENTO = CUSTO ASSISTENCIAL

$$\frac{\text{CUSTO ASSISTENCIAL} + \text{CUSTO OPERACIONAL} + \text{LUCRO}}{\text{VOLUME MÉDIO DE BENEFICIÁRIOS}} = \text{PREÇO}$$


De acordo com Greenberg (1996), o mercado de saúde suplementar tem características diferentes de outras indústrias e destaca como principais imperfeições: i) a ausência de informações sobre qualidade, natureza e preço dos serviços relacionados à saúde, aliada à assimetria de informação entre o médico e paciente; ii) as barreiras institucionais à entrada nos mercados de prestação de serviços; iii) preços diferenciados sendo cobrados por serviços semelhantes; e iv) externalidades negativas.

Sobre o mesmo assunto, Vega, Corugedo e Señaris (2000) detectam outras falhas relevantes de mercado, as quais: i) existência de processos com custos elevados e rendimentos crescentes de escala, impedindo a determinação dos preços através de mecanismos competitivos,

gerando uma tendência a processos de monopolização e oligopolização; ii) presença de fortes externalidades na provisão de assistência à saúde combinada com baixos benefícios sociais; iii) surgimento de incertezas devido a informação assimétrica entre médico e paciente.

2.2. REGULAÇÃO

Um mercado é passível de regulação quando conjuga bens ou serviços essenciais para a população, com uma oferta oligopolizada na qual os produtores detêm poder de mercado sobre os consumidores. Essa condição está presente em mercados como os de energia, telecomunicações, transporte e saúde (planos de saúde e medicamentos). É interessante notar que a própria Constituição Federal no capítulo da ordem econômica estabelece a base jurídica para a regulação pública dos mercados. (Luiz Milton Veloso Costa¹³)

Por regulação pode-se entender um conjunto de regras de conduta definidas pelo Estado para os agentes econômicos, com objetivo de limitar a tomada de decisões desses agentes ou, por outro lado, gerar incentivos a expansão de mercados.

Na definição de Baldwin e Cave (1999) a regulação pode ser vista como uma ação do Estado no sentido de orientar os mercados, ao restringir ou viabilizar determinadas condutas dos agentes econômicos. Nessa perspectiva, ao regulador compete monitorar o comportamento, tamanho e alcance dos mercados.

No mesmo sentido pensa Fiani (1998), para quem a regulação representa qualquer forma de intervenção estatal no mercado. Sua finalidade e objetivo é orientar os agentes econômicos a um comportamento eficiente na produção de bens e serviços, o que se dá pela adoção de um gradiente de medidas restritivas da liberdade na tomada de decisões desses agentes.

¹³ Ex-Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, em entrevista divulgada na rede mundial de computadores (cf. <<http://www.anvisa.gov.br/monitora/entrevistamilton.htm>>).

Já para Iudícibus e Lopes (2004), a regulação pode ser vista como um conjunto de normas coercivas definidas pela autoridade pública detentora de competências específicas. A regulação gera, assim, a imposição de regras diretas para a conduta dos agentes econômicos, estabelecendo obrigações de fazer ou de não fazer, segundo o que melhor atender ao interesse público.

Para o caso brasileiro, podemos citar a opinião de Costa e Ribeiro (2001), que relatam que as reformas regulatórias no país derivaram, em suas características essenciais, da forma como a política pública procurou corrigir as “falhas de mercado”. O desenho de um regime regulatório tem se baseado geralmente na percepção dos riscos, reais ou potenciais, que o excessivo poder de mercado pode trazer ao interesse público. O desenvolvimento de eficiência e credibilidade pela delegação de poder gerou importantes mudanças na administração pública pela criação das agências reguladoras com expressiva margem de independência aos mecanismos da administração pública direta.

O foco do regulador está, portanto, na delimitação da tomada de decisões dos agentes econômicos em fatores como preços, quantidade, entrada e saída do mercado, bem como parâmetros específicos, como indicadores de qualidade e de desempenho do mercado regulado.

As principais ações regulatórias podem ser assim resumidas: i) normatização, pelo estabelecimento de regras técnicas que disciplinam o comportamento do mercado e da atuação de seus agentes; ii) monitoramento e acompanhamento, por meio de um conjunto de ações que buscam uma visão geral sobre o desenvolvimento do mercado e também isoladamente sobre os agentes regulados, o que se faz pela definição de metodologias para

obtenção de dados e geração de informações sobre a operação em si e sobre o setor; e iii) fiscalização, pela verificação do cumprimento das normas por agentes públicos com poder para esse fim e pela repressão ao descumprimento mediante a aplicação de sanções.

2.2.1. REGULAÇÃO PRUDENCIAL

Villela e Maciel (1999) observam que a regulação é necessária para proteger tanto os usuários quanto os investidores. Na saúde suplementar, há uma preocupação específica em se adotar ações regulatórias que permitam proteger a própria higidez do mercado e, com isso, a garantia da poupança e segurança dos consumidores e da rede de serviços assistenciais, uma vez que se trata de operação sujeita a risco sistêmico¹⁴.

Por se tratar de atividade que envolve risco, cabe ao regulador adotar mecanismos de manutenção do equilíbrio do sistema, pela imposição de critérios mínimos de garantia de liquidez e solvência das firmas e de transparência dessas informações, visando à segurança dos consumidores e à própria estabilidade do mercado.

A operadora de planos de assistência à saúde, para se manter no mercado regulado, deve ser capaz de cumprir seus compromissos financeiros diante de circunstâncias previsíveis. Para Salles e Santos (2004), a natureza da atividade gera a necessidade de formação de provisões técnicas e investimento em ativos para dar lastro a essas provisões, ativos esses que devem ser gerenciados levando em conta o perfil do passivo e do risco exposto, a fim de que a empresa possa ter a liquidez suficiente para garantir o pagamento das obrigações assumidas.

¹⁴ Característica semelhante ao mercado financeiro, em que a quebra de uma instituição pode gerar uma interrupção da cadeia de pagamentos no setor, em efeito de contágio.

A regulação prudencial pode, então, ser entendida como um conjunto de ações de normatização, monitoramento, auditoria e intervenção direta atribuídas ao regulador, com objetivo de manter a estabilidade e higidez do mercado.

No caso do Brasil, a regulação prudencial acaba por favorecer a ocorrência de fusões e incorporações das instituições mais fracas pelas mais sólidas, o que, se por um lado pode ser salutar, por outro pode ensejar a criação de grupos econômicos com expressivo poder no mercado (Coutinho e Oliveira, 1999). A concentração do mercado de planos de saúde pode alterar o padrão de competição, caso se incrementem as barreiras à entrada e o nível de preços. E, devido ao consequente crescimento do poder econômico das operadoras líderes, não estaria descartada a presença de anéis burocráticos¹⁵ indesejáveis, isto é, a captura do regulador (Ocké-Reis, 2007).

Em relação às políticas de estrutura, pode-se observar o mercado pelo número e tamanho de suas firmas ativas. Se a estrutura de mercado é pulverizada, com várias pequenas firmas, é improvável que surjam ali condutas não competitivas. Por outro lado, se o mercado é altamente concentrado, a probabilidade de ocorrerem condutas não competitivas é elevada. Nesse caso, as duas ferramentas básicas para a defesa da concorrência estrutural são o controle das fusões e a desmonopolização (Coutinho e Oliveira, 1999).

As barreiras à entrada são obstáculos que elevam os custos e riscos em operação de um entrante, relativamente às firmas que já atuam no mercado. Dessa forma, a existência de tais

¹⁵ Os anéis burocráticos constituíam ligações de negociações entre o Estado e os interesses de certos grupos da sociedade civil, mas sob a singular forma de não se caracterizarem como grupos de pressão genuínos e autônomos, e sim fazendo parte do próprio aparato estatal, normalmente sob a liderança de um funcionário do Estado (Cardoso apud Vaitsman, 1991: 11; Luchesi, 1991: 174).

barreiras torna mais difícil a entrada de novas empresas no mercado, mesmo quando as já estabelecidas estiverem realizando lucros relativamente altos (Coutinho e Oliveira, 1999).

No caso do mercado de saúde suplementar, podem-se destacar dois tipos de barreira: i) as naturais, que são aquelas impostas pela tecnologia utilizada no mercado, pois as operadoras de menor porte têm dificuldades na competição com as de médio para grande porte, visto que os custos médicos são mais ou menos uniformes nos maiores centros brasileiros; ii) e as artificiais, que são aquelas criadas pelas firmas já estabelecidas e pelo próprio Estado. Nesta última hipótese, pode-se citar a unimilitância como um modo de barreira artificial criada pelas Cooperativas Médicas e o aumento no rigor da legislação, resultante não só da regulação do mercado de saúde suplementar pela ANS, mas também pelas mudanças nas normas contábeis internacionais que já estão sendo aplicadas no Brasil.

Os agentes reguladores têm uma gama de preocupações com relação às conseqüências de fusões e aquisições, principalmente em relação ao acúmulo de poder econômico, político e social que pode influenciar o processo de tomada de decisões das autoridades governamentais, conflito de interesses e práticas anticompetitivas. É necessário que seja avaliado até que ponto a fusão ou aquisição proporciona um aumento de eficiência naquele mercado, o que normalmente é utilizado como argumento para justificar essa operação, e se essa eficiência poderia ser obtida de outra maneira. (Coutinho e Oliveira, 1999)

Em relação à ANS, é obrigatório que as operadoras de planos de saúde submetam qualquer operação de fusão e alteração do controle societário à autorização prévia, para analisar os aspectos econômico-financeiros envolvidos no pedido realizado. Como exemplo mais recente,

pode-se citar a compra de 36,22 milhões de ações ordinárias (52% do capital votante) da Medial pela Amil¹⁶, pelo valor de R\$ 612,5 milhões, já aprovada pela ANS.

Considerando que a regulação prudencial, por si, é fator de barreira à entrada, o desafio do regulador, de acordo com Salomão Filho (2001), está em conciliar a necessidade de higidez e segurança do mercado com a defesa da concorrência.

2.2.2. ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO

A complexidade da regulação está em fazer com que o agente regulado cumpra objetivos estipulados, sem dispor do completo controle e conhecimento das atividades por ele desenvolvidas. Informação é ferramenta essencial para a condução de todo o processo de regulação, por ser a fonte que alimenta o planejamento e avaliação das metas, riscos e impactos regulatórios.

Observam Villela e Maciel (1999) que a regulação implica custos diretos, decorrentes das despesas fixas e operacionais do regulador, assim como indiretos e entre eles está a assimetria de informação, pois, enquanto o regulado detém o conhecimento pleno de seu negócio, o regulador não dispõe de informações em quantidade e qualidade suficientes para uma regulação eficiente.

Ao regulador cabe a tarefa de fazer o agente regulado adotar comportamentos segundo padrões socialmente desejáveis, distintos dos interesses perseguidos pela firma. No entanto,

¹⁶ O valor pago pela AMIL representa um prêmio de 17% em relação à cotação de papéis no fechamento da Bolsa no dia da operação (19/11/2009). Esta operação deu à Amil a primeira posição no mercado brasileiro dos planos de saúde. Fonte: EXAME. **Amil compra controle da Medial por R\$612 milhões**. Portal Exame, Nov. 2009. Disponível em: <http://portalexame.abril.com.br/negocios/amil-compra-controle-medial-r-612-milhoes-513414.html>. Acesso em: 19 nov. 2009.

isso ocorre sem que o regulador tenha pleno controle e conhecimento dos fatores de produção do regulado. As informações dizem respeito a sua estrutura de custos, pesquisa e desenvolvimento, capacidade financeira e outros parâmetros do processo de geração de valor e formação de preços.

Um dos efeitos mais significativos de assimetria de informação é a presença de comportamentos oportunistas pelos agentes que detém mais informações. Pode-se dizer que os principais problemas decorrentes da informação assimétrica são: (i) *gaming*, quando o regulado revela informações distorcidas ou incompletas, visando confundir, influir ou manipular decisões e ações do regulador; (ii) captura, confusão pelo regulador entre o interesse público e os interesses da firma regulada, passando a atuar de forma parcial; (iii) monitoramento imperfeito, falhas nos sistemas formais de informação que prejudicam a observação, a mensuração e o controle das atividades dos agentes regulados pelo regulador; e (iv) contratos incompletos, falhas nas regras firmadas pelo regulador para o regulado, em virtude de imperfeições nos procedimentos, metodologias e resoluções empregados pelo regulador, que abrem margem à prática de comportamentos oportunistas por parte da firma regulada.

Desse modo, o regulado pode manipular as informações de que dispõe sobre seus processos internos para interferir, em seu favor, na regulação. Em contrapartida, cabe ao regulador criar mecanismos que viabilizem a transparência das informações, assim como investir no aprimoramento de sua base de dados, das ferramentas de monitoramento e fiscalização e dos processos de aprendizagem e experiência setorial.

No caso do mercado de saúde suplementar, pode-se citar como exemplo de ação regulatória com objetivo de reduzir a assimetria informacional, a exigência de que os registros contábeis das operadoras de planos de assistência à saúde sejam feitos segundo os parâmetros definidos pelo Plano de Contas Padrão da ANS¹⁷. Por ele, as informações são uniformizadas, respeitadas as peculiaridades dos diferentes segmentos e portes de operadoras, o que permite não só a análise econômico-financeira de uma operadora ao longo do tempo, como também o acompanhamento do mercado a partir da comparação entre operadoras.

2.3 MODELO DE ATUAÇÃO DO MERCADO

Conforme Pereira (2003), ao contrário dos setores de infra-estrutura, a regulação do setor saúde não foi consequência de privatização, pois o mercado privado de planos e seguro de saúde já existia com considerável grau de competitividade entre as empresas que o disputavam, em que pese desigualdades de informação e as diferenças de estrutura organizacional entre elas. Dessa forma, as empresas ou investidores não estariam demandando salvaguardas institucionais de proteção de contratos. A regulação desse setor pavimentou um terreno mínimo para o desenvolvimento de relações de maior cooperação e confiança entre estado e mercado, pois as empresas que antes operavam em uma zona movediça pela ausência de instrumentos críveis que garantissem a durabilidade das regras do jogo, passaram a dispor de maior estabilidade em função da previsibilidade do comportamento dos atores envolvidos.

De acordo com Andrade e Lisboa (2002), a regulação dos planos e seguros de saúde apresenta pelo menos quatro pontos importantes que merecem ser ressaltados: i) primeiro, designou a Agência Nacional de Saúde Suplementar como responsável pela regulamentação e

¹⁷ O Plano de Contas Padrão da ANS atualmente está regulamentado pela RN nº 207 e IN/DIOPE nº 36, ambas de 22 de dezembro de 2009.

fiscalização financeira dos planos de assistência à saúde, ficando os mesmos obrigados a fornecer informações e estatísticas e garantir o livre acesso da Agência sobre documentos e registros financeiros; ii) segundo, limitou a liberdade contratual dos produtos ofertados pela padronização da cobertura e pela determinação de uma regra específica para precificação dos planos de assistência à saúde; iii) terceiro, padronizou os benefícios que podem ser ofertados, na tentativa de evitar que as operadoras possam discriminar os indivíduos mediante conjuntos de procedimentos ofertados nos contratos e reduzir a assimetria informacional existente entre as operadoras e os consumidores; e iv) por último, determinou a obrigatoriedade de ressarcimento pelos planos de assistência à saúde quando os serviços forem prestados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo um financiamento mais igualitário entre os grupos sociais.

O consumo de produtos e serviços de saúde se caracteriza pela dissociação entre consumidor final e agente responsável pela indicação terapêutica. Essa dissociação pode resultar em problemas de agência: por um lado, o paciente deseja maximizar sua utilidade esperada e, por outro, o médico, que é o responsável pela prescrição do tratamento, pode estar preocupado com os efeitos terapêuticos e também com a utilização dos serviços¹⁸ (Andrade e Lisboa, 2002).

A definição de mecanismos de seguro, na ausência de problemas de assimetria de informação, permite aos indivíduos suavizar seu consumo entre os diversos estados da natureza e períodos, reduzindo os gastos necessários na ocorrência de choques de saúde adversos. (Andrade e Lisboa, 2002). Entretanto, uma importante característica do setor saúde é a existência de formas específicas de assimetria de informação entre prestadores de serviços médicos,

¹⁸ Essa utilização ocorre de acordo com a necessidade de cada consumidor em relação aos cuidados médico-hospitalares, cuja satisfação depende da oferta dos serviços de saúde. Os fatores relacionados à oferta, como disponibilidade, qualidade e quantidade, podem induzir ou restringir a demanda.

financiadores dos gastos com saúde (sejam públicos ou privados) e potenciais pacientes. Podem ser distinguidos dois tipos de incerteza associados ao consumo desses bens: incerteza da necessidade do uso de serviços médicos e incerteza do diagnóstico (Arrow, 1963). A incerteza, aliada à assimetria informacional existente entre os agentes desse mercado, torna o consumo dos serviços médicos bastante diferenciado dos demais. As relações de contrato entre os agentes desse mercado devem considerar os problemas de incentivos existentes de modo a garantir o uso eficiente dos recursos disponíveis (Andrade e Lisboa, 2002).

O estabelecimento de um contrato de plano de assistência à saúde envolve necessariamente três grupos de agentes: i) o segurador; ii) os prestadores de cuidados médicos; e iii) os segurados. Na relação paciente e prestador, o risco moral (*moral hazard*) ocorre na presença de seguro pleno, uma vez que, nesse caso, os agentes tendem a sobre-utilizar os serviços, já que o custo marginal do serviço demandado é zero e não há incentivos a sua utilização racional; isto determina um *trade-off*¹⁹ entre os ganhos de bem-estar obtidos com a cobertura de seguro e a perda do bem-estar decorrente da sobre-utilização dos serviços. A presença da cobertura de seguro gera um ganho de bem-estar para os indivíduos, à medida que permite diminuir a incerteza; em contrapartida, quanto mais extensa for a cobertura de seguro, maiores os incentivos dos indivíduos a utilizar excessivamente os serviços, resultando em perda de bem-estar social (dificuldade de acesso aos serviços).

Outro problema de risco moral ocorre porque os prestadores podem induzir uma maior utilização dos serviços, já que detém mais informação sobre o estado de saúde do paciente e sobre a necessidade de cuidados médicos do que os agentes financiadores. Os prestadores podem sobre-utilizar o volume de serviços tanto para elevar seus ganhos diretos quanto para

¹⁹ *Trade-off* é a expressão que define a situação de escolha conflitante, isto é, quando uma ação econômica que visa à resolução de determinado problema acarreta, inevitavelmente, outros problemas.

ganhos de reputação. Diversamente dos modelos tradicionais da curva de oferta e demanda, no mercado de saúde suplementar, observa-se um deslocamento da demanda da figura do consumidor para a do prestador do serviço, que também é o responsável pela oferta (Teixeira, 2001).

A assimetria de informação existente entre os agentes ainda pode resultar em problemas de seleção de risco. Nesse caso, podem ocorrer duas situações: a seleção adversa de consumidores e o *cream skinning*²⁰. No primeiro caso, a operadora não pode distinguir entre os indivíduos de diferentes classes de risco, precificando o plano com base no risco médio e, como os consumidores de risco baixo saem do *pool* de risco, pois não estão dispostos a pagar mais do que o preço justo, permanecem os indivíduos de risco elevado. No segundo, ocorre na situação inversa, quando as operadoras, por meio dos contratos propostos²¹, conseguem segmentar o mercado e ofertar serviços diferenciados para os indivíduos com risco distinto.

Os problemas de seleção adversa podem ainda ser gerados por força da imposição de mecanismos regulatórios propostos pelo Estado para impedir a discriminação de indivíduos de riscos diferentes, que, para proteger determinados grupos sociais, impede à operadora de discriminar grupos de risco, tentando implementar um subsídio cruzado forçado entre os grupos de risco diferentes²².

2.4. MODALIDADES DE OPERADORAS

²⁰ Seleção de consumidores de baixo risco.

²¹ Atualmente é vedado às operadoras estabelecer contratos com restrição de coberturas assistenciais (seleção de risco).

²² As operadoras de planos de assistência à saúde estão proibidas de impedir a participação de consumidores de maior risco assistencial (discriminação de consumidores). Em contrapartida, para evitar a seleção adversa, as operadoras podem cobrar preços diferentes segundo faixa etária, a fim de tornar o plano mais atrativo para os grupos de menor risco. Atualmente a regulação permite o estabelecimento de até 10 faixas etárias, com variação limitada a seis vezes entre o preço da primeira (0 a 18 anos) e da última (59 anos ou mais). Cf. Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003.

As operadoras de planos de assistência à saúde estão estratificadas em função de seu estatuto jurídico. Segundo a modalidade de organização, essas entidades se dividem da seguinte maneira:

- i) Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados;
- ii) Cooperativa Médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764/1971;
- iii) Cooperativa Odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764/1971, que operam exclusivamente planos odontológicos;
- iv) Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS e declaradas de utilidade pública perante o Ministério da Justiça ou aos órgãos dos Governos Estaduais e Municipais;
- v) Seguradora Especializada em Saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar exclusivamente planos de assistência à saúde, em conformidade com a Lei nº 10.185/2001;
- vi) Medicina de Grupo: demais empresas ou entidades que operam planos de assistência à saúde; e
- vii) Odontologia de Grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

2.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

A segmentação assistencial é o enquadramento dos planos de assistência à saúde decorrente da combinação de coberturas que ele oferece, observada a legislação.

A Lei nº 9.656/1998, em seu art. 10, determina a obrigatoriedade da cobertura assistencial a todas as patologias constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, bem como da oferta do plano referência, de cobertura médico-hospitalar plena. No entanto, é facultada, conforme previsto em seu art. 12, a oferta das segmentações ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia) e odontológico e suas combinações:

- i) Plano referência²³;
- ii) Plano com cobertura ambulatorial;
- iii) Plano com cobertura hospitalar (com ou sem obstetrícia);
- iv) Plano com cobertura odontológica;
- v) Plano com cobertura ambulatorial + hospitalar (com ou sem obstetrícia);
- vi) Plano com cobertura odontológica + ambulatorial;
- vii) Plano com cobertura odontológica + hospitalar (com ou sem obstetrícia); e
- viii) Plano com cobertura odontológica + ambulatorial + hospitalar (com ou sem obstetrícia).

2.6. FONTES DE DADOS PARA O MONITORAMENTO DO MERCADO

²³ O plano referência oferece cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, pois há diferença quanto à extensão da cobertura para casos de urgência e emergência durante o período de carência, sempre no padrão de acomodação de enfermaria.

As várias áreas de atuação da ANS recebem, periodicamente, uma gama de informações das operadoras de planos de assistência à saúde. Para cada área, há um sistema específico, o qual dispõe de parâmetros de análise do desempenho das operadoras. É com base nesses dados que são geradas as informações para dar suporte a todas as ações de monitoramento e fiscalização das operadoras, de acompanhamento do mercado e, com efeito, de normatização.

Os principais sistemas de informação da ANS são:

Sistema de Informações de Beneficiários - SIB

Sistema pelo qual as operadoras de planos de assistência à saúde enviam, mensalmente, à ANS, dados de vínculos de beneficiários aos planos, incluindo a movimentação de inclusão, alteração e cancelamento desses vínculos. Um beneficiário pode ter mais de um plano e assim constar no sistema tantas vezes quantos forem os vínculos que mantiver com planos de assistência à saúde.

Sistema de Cadastro de Operadoras - CADOP

Sistema de cadastramento e controle dos registros das operadoras de planos de assistência à saúde. Contém dados cadastrais sobre as operadoras, tais como: registro, CNPJ, endereço, natureza, classificação, modalidade, representantes, administradores, composição de capital e tipos de taxas.

Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS

Sistema pelo qual as operadoras de planos de assistência à saúde informam, trimestralmente, à ANS seus dados cadastrais e econômico-financeiros.

Vale registrar que as seguradoras especializadas em saúde passaram a informar à ANS seus dados cadastrais e econômico-financeiros por meio do DIOPS somente a partir de 2007. Antes disso, as informações referentes a essa modalidade de operadoras de planos de saúde eram provenientes do Formulário de Informações Periódicas – FIP.

Sistema de Registro de Produtos - RPS

Sistema de cadastramento de registro de planos de assistência à saúde. Contêm dados de todos os planos privados de saúde registrados na ANS, inclusive os estabelecimentos de saúde que compõem sua rede assistencial credenciada ou referenciada. A partir de 2007, o RPS passou a contar com dados do Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA.

Sistema de Informações de Produtos - SIP

Sistema pelo qual as operadoras de planos privados de saúde enviam, trimestralmente, para a ANS informações detalhadas sobre os procedimentos assistenciais prestados aos beneficiários de sua carteira.

2.6.1. OUTRAS FONTES DE MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Além dos sistemas de informação periódica desenvolvidos pela ANS, há outras fontes de dados de capital importância para o monitoramento econômico-financeiro das operadoras de planos de assistência à saúde, dentre os quais cumpre destacar as demonstrações contábeis, o parecer dos auditores independentes e as notas explicativas.

A divulgação dessas informações também constitui obrigação para as operadoras de planos de assistência à saúde, de acordo com o que determina o art. 22 da Lei nº 9.656/98:

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei n.º 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU²⁴.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.

Essa regra remete às obrigações previstas na Lei de Sociedades Anônimas (Lei nº 6.404/1976²⁵), que, sobre o assunto, assim estabelece:

Art. 176. Ao fim de cada exercício social, a diretoria fará elaborar, com base na escrituração mercantil da companhia, as seguintes demonstrações financeiras, que deverão exprimir com clareza a situação do patrimônio da companhia e as mutações ocorridas no exercício:

I - balanço patrimonial;

II - demonstração dos lucros ou prejuízos acumulados;

III - demonstração do resultado do exercício; e

IV – demonstração dos fluxos de caixa; e

V – se companhia aberta, demonstração do valor adicionado.

§ 1º As demonstrações de cada exercício serão publicadas com a indicação dos valores correspondentes das demonstrações do exercício anterior.

§ 2º Nas demonstrações, as contas semelhantes poderão ser agrupadas; os pequenos saldos poderão ser agregados, desde que indicada a sua natureza e não ultrapassem 0,1 (um décimo) do valor do respectivo grupo de contas; mas é vedada a utilização de designações genéricas, como "diversas contas" ou "contas-correntes".

²⁴ A ANS dispõe de competências para tratar da matéria, devendo adequá-las somente se houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU (art. 35-A, parágrafo único da Lei nº 9.656/98).

²⁵ Texto alterado pelas Leis nº 9.457/1997; nº 10.303/2001; nº 11.638/07; e nº 11.941/2009.

§ 3º As demonstrações financeiras registrarão a destinação dos lucros segundo a proposta dos órgãos da administração, no pressuposto de sua aprovação pela assembléia-geral.

§ 4º As demonstrações serão complementadas por notas explicativas e outros quadros analíticos ou demonstrações contábeis necessários para esclarecimento da situação patrimonial e dos resultados do exercício.

§ 5º As notas explicativas devem:

I – apresentar informações sobre a base de preparação das demonstrações financeiras e das práticas contábeis específicas selecionadas e aplicadas para negócios e eventos significativos;

II – divulgar as informações exigidas pelas práticas contábeis adotadas no Brasil que não estejam apresentadas em nenhuma outra parte das demonstrações financeiras;

III – fornecer informações adicionais não indicadas nas próprias demonstrações financeiras e consideradas necessárias para uma apresentação adequada; e

IV – indicar:

a) os principais critérios de avaliação dos elementos patrimoniais, especialmente estoques, dos cálculos de depreciação, amortização e exaustão, de constituição de provisões para encargos ou riscos, e dos ajustes para atender a perdas prováveis na realização de elementos do ativo;

b) os investimentos em outras sociedades, quando relevantes (art. 247, parágrafo único);

c) o aumento de valor de elementos do ativo resultante de novas avaliações (art. 182, § 3º);

d) os ônus reais constituídos sobre elementos do ativo, as garantias prestadas a terceiros e outras responsabilidades eventuais ou contingentes;

e) a taxa de juros, as datas de vencimento e as garantias das obrigações a longo prazo;

f) o número, espécies e classes das ações do capital social;

g) as opções de compra de ações outorgadas e exercidas no exercício;

h) os ajustes de exercícios anteriores (art. 186, § 1º); e

i) os eventos subsequentes à data de encerramento do exercício que tenham, ou possam vir a ter, efeito relevante sobre a situação financeira e os resultados futuros da companhia.

§ 6º A companhia fechada com patrimônio líquido, na data do balanço, inferior a R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) não será obrigada à elaboração e publicação da demonstração dos fluxos de caixa.

§ 7º A Comissão de Valores Mobiliários poderá, a seu critério, disciplinar de forma diversa o registro de que trata o § 3º deste artigo.

Art. 289. As publicações ordenadas pela presente Lei serão feitas no órgão oficial da União ou do Estado ou do Distrito Federal, conforme o lugar em que esteja situada a sede da companhia, e em outro jornal de grande circulação editado na localidade em que está situada a sede da companhia. /.../

Muito embora a norma seja dirigida apenas àquela forma de organização societária, no caso da regulação do mercado de saúde suplementar, todas as operadoras são obrigadas, a cada exercício, a divulgar suas demonstrações contábeis, acompanhada do parecer dos auditores independentes, porque a Lei nº 9.656/1998 assim determinou, mas as operadoras de pequeno porte, ou seja, aquelas que têm menos de 20 mil beneficiários estão dispensadas de publicação, caso em que a ANS se incumbirá da divulgação em sua página na rede mundial de computadores.

Como instrumento de *disclosure*²⁶, a divulgação dessas demonstrações contábeis permite, não só reduzir a assimetria de informação pelos *stakeholders*²⁷ e pelo regulador, mas também contribui para a melhoria da eficiência do mercado no tocante à gestão de risco, ante a redução do grau de incerteza.

²⁶ O Código das Melhorias Práticas de Governança Corporativa, em seu item de Transparência, exige que o executivo principal (CEO) e a diretoria satisfaçam às diferentes necessidades de informação dos proprietários, do conselho de administração, do conselho fiscal, da auditoria independente, dos agentes de mercado e do público em geral. As principais informações deverão constar do relatório anual e das demonstrações contábeis das operadoras, destacando os fatos relevantes, demonstrando o equilíbrio nas informações da empresa, abordando tanto os aspectos negativos quanto os positivos, preparando as demonstrações contábeis de acordo com os padrões internacionais. Segundo Sergio de Iudícibus (2004), o *disclosure* é tema a parte na Teoria da Contabilidade, pois busca fornecer informações adequadas para cada tipo de usuário. Segundo o mesmo autor, a informação contábil, para cada usuário, deve ser justa e adequada, pela simples razão de que a informação não-relevante para os usuários deve ser excluída, tornando as demonstrações contábeis possíveis de serem entendidas plenamente.

No caso das Cooperativas Médicas de Saúde, antes do advento da IN/DIOPE nº 20/2008, não havia a correta aplicação da filosofia do *disclosure*, ferindo os relacionamentos com as partes interessadas.

²⁷ Expressão que significa “parte interessada” e é utilizada para se referir a todos os atores direta e indiretamente envolvidos em um mercado.

A partir das informações decorrentes das demonstrações contábeis, devidamente auditadas, é possível e essencial para o regulador, nas ações de monitoramento econômico-financeiro, fazer o confronto com os dados enviados pelas operadoras pelos sistemas de informação da ANS, em especial o DIOPS, para se verificar a veracidade das informações prestadas pelo regulado e fazer os ajustes contábeis necessários.

Em relação às notas explicativas, em que constam as informações sobre o cálculo dos auditores independentes em relação às Obrigações Legais, sua publicação junto das demonstrações contábeis está prevista no § 4º do art. 176 da Lei nº 6.404/1976, que estabelece que "as demonstrações serão complementadas por notas explicativas e outros quadros analíticos ou demonstrações contábeis necessários para esclarecimento da situação patrimonial e dos resultados do exercício".

3. FUNDAMENTOS LEGAIS

3.1. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.

Segundo a Constituição Federal, em seu art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Já os arts. 197 e 199 prevêm que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de modo que a prestação de serviços em saúde não é monopólio público. Entretanto, estão sujeitos à regulação estatal, pois a Constituição considerou de relevância pública tais atividades.

Somente após a Constituição de 1988, com a garantia do acesso aos serviços de saúde e estabelecimento dos papéis de cada instância governamental, o sistema se concretizou como sistema de saúde nacional. O setor de saúde suplementar, por sua vez, já havia se estruturado desde meados dos anos 60, quando a medicina privada passou a exercer um papel complementar ao sistema público²⁸. Atualmente, pode-se dizer que o Sistema de Saúde Brasileiro caracteriza-se como um sistema híbrido, em que os setores público e privado coexistem no provimento e no financiamento dos serviços de saúde (Teixeira, 2001).

²⁸ A partir de 1966 uma ampla reforma atinge o segmento. Neste ano foi criado o sistema nacional de seguros privados, num modelo abrangente que englobava o consumidor (demanda), a empresa seguradora (oferta), o corretor de seguros (intermediário) e o Governo (regulador), através do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP (agência normativa) e da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP (fiscalização). (Kornis e Sicsú, 2000).

Segundo Negri e Di Giovanni (2001)²⁹, a grande expansão do setor de medicina suplementar no Brasil se deu entre 1987 e 1994, quando houve um crescimento de 73,4% da população coberta, que passou de 24,4 milhões para 42,3 milhões de segurados.

3.2. A LEI Nº 5.764/1971

A Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, definiu a política nacional de cooperativismo, instituindo o regime jurídico das sociedades cooperativas. De acordo com seu art. 4º, as cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades por várias características, dentre as principais que se aplicam a este trabalho: i) adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços; ii) variabilidade do capital social representado por quotas-parte; iii) singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade; iv) quorum para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital; v) retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral.

Sobre a Assembléia Geral, o art. 38 da Lei a define como o órgão supremo da sociedade, dentro dos limites legais e estatutários, tendo poderes para decidir os negócios relativos ao objeto da sociedade e tomar as resoluções convenientes ao desenvolvimento e defesa desta, e suas deliberações vinculam a todos, ainda que ausentes ou discordantes.

²⁹ Extraído de Brasil: Radiografia da Saúde, item Apresentação, 2001.

As Assembléias Gerais podem ser:

- i) **Ordinárias**³⁰, que se realizam anualmente nos três primeiros meses após o término do exercício social, deliberando-se sobre a prestação de contas dos órgãos de administração, em conjunto com o relatório do Conselho Fiscal, que compreende o relatório da gestão, balanço e demonstrativo de sobras ou perdas; sobre a destinação das sobras apuradas ou rateio das perdas decorrentes da insuficiência das contribuições para cobertura das despesas da sociedade, deduzidas, no primeiro caso, as parcelas para os Fundos Obrigatórios, entre outras.

- ii) **Extraordinárias**³¹, que se realizam sempre que necessárias e podem deliberar sobre qualquer assunto de interesse da sociedade, desde que o mesmo seja mencionado no edital de convocação. A competência da AGE engloba os seguintes assuntos: i) reforma do estatuto; ii) fusão, incorporação ou desmembramento; iii) mudança do objeto da sociedade; iv) dissolução voluntária da sociedade e nomeação de liquidantes; v) contas do liquidante. Em relação à dissolução da sociedade, cabe ressaltar que a ANS pode determinar a liquidação extrajudicial de qualquer operadora sujeita à disciplina da Lei, inclusive das Cooperativas Médicas, conforme prevê o art. 24 da Lei nº 9.656/1998³².

³⁰ Lei nº 5.764/71, Capítulo IX, dos Órgãos Sociais, Art. 44.

³¹ Lei nº 5.764/71, Capítulo IX, dos Órgãos Sociais, Art. 45.

³² Os Artigos 24, 24-A, 24-B, 24-C e 24-D da Lei nº 9.656/98 falam sobre a aplicação dos regimes especiais de direção fiscal, técnica e liquidação extrajudicial, sempre quando detectadas insuficiências das garantias de equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou qualidade do atendimento à saúde.

O dispositivo legal de maior relevância neste trabalho é o que define o Ato Cooperativo, nos termos do art. 79, que o descreve como aqueles praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais³³.

3.3. A COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - UNIMED

Segundo Akamine (1997), a filosofia cooperativista que norteia a Unimed, em relação ao seu estabelecimento e funcionamento, é uma busca incessante e incansável de exercício ético e liberal da medicina, em que os médicos, com o controle da profissão em mãos receberão justa remuneração, propiciando à sociedade assistência médica ética, de boa qualidade e a um custo compatível.

As Cooperativas Médicas têm origem nos anos 60 como movimento de contraposição às empresas médicas. A primeira Unimed foi criada em Santos, em 1967 (Bahia, 1999).

De acordo com Duarte (2001), a organização Unimed é composta por um complexo que reúne diferentes entidades jurídicas interligadas, bem como diferentes sistemas, ou segmentos de diferentes atividades e naturezas jurídicas, os quais:

- i) Sistema Multicooperativo: congrega o Sistema Unimed (cooperativas de trabalho médico), o Sistema Unicred (cooperativas de economia e crédito mútuo) e as Cooperativas Usimed (cooperativas de consumo, para os usuários do Sistema Unimed);

³³ O parágrafo único do art. 79 prevê que o ato cooperativo não implica operações de mercado, nem contrato de compra e venda de mercadoria.

- ii) Sistema Empresarial: abrange instituições não cooperativistas, representadas por empresas de capital com o objetivo de lucro e uma fundação sem fins lucrativos; dentre alguns exemplos, pode-se citar a Unimed Participações, Unimed Seguradora, Unimed Corretora de Seguros e a Unimed Administração e Serviços;

Também de acordo com Duarte (2001), são três os tipos de atividades praticadas dentro do contexto do sistema: i) atividades-meio, desempenhadas pelas Cooperativas Médicas de maior grau de associação regional e nacional, tendo como exemplos a representação política e comercial, a cobertura jurídica para a defesa do sistema, a coordenação de operações como o intercâmbio, a normatização de procedimentos e práticas comuns, o fornecimento de serviços especializados, como auditoria e atuária, e a compra em comum de bens e serviços; ii) atividades complementares, que são aquelas passíveis de serem executadas por intermédio de cooperativas especializadas, como a de economia e o crédito mútuo e de consumo; iii) atividades suplementares, apresentadas como aquelas não executáveis por cooperativas e cujos resultados teriam, no futuro, o papel de gerar recursos; que são desempenhadas por empresas de capital, prestadoras de serviço e uma empresa holding.

A estrutura das cooperativas é dividida da seguinte maneira: i) primeiro grau, que são as cooperativas denominadas *singulares*, com áreas de atuação exclusivas (um ou mais Municípios); ii) segundo grau, também chamadas de *federações* que, dependendo da sua área de atuação, podem ser intrafederativas (estaduais ou regionais) e interfederativas (que representam os pólos geoeconômicos-políticos do Brasil), todas com mesmo *status* no

organograma do sistema; iii) terceiro grau, constituída pela confederação de âmbito nacional³⁴.

No Sistema Unimed, as singulares dispõem de expressiva autonomia e os profissionais que nela atuam detêm um grande controle sobre seu processo de trabalho. Como é potencializada a concentração de poder na mão do médico, torna-se um pouco complicada a implementação de modelos de planejamento ou controle de desempenho que abranjam todo o sistema. Mesmo em relação a procedimentos de controle de custos (curva de sinistralidade) e inflação médica, observa-se grande variedade entre as singulares, tanto nos mecanismos implementados, como nos resultados obtidos (Duarte, 2001). Como exemplo, cabe citar os vários sistemas utilizados pelas Unimeds em todo o Brasil, como o “Pirâmide” e o “Sabius”, destacando-se que algumas Unimeds comercializam este sistema para outras Unimeds, com serviços de consultoria agregados, em alguns casos específicos.

Nesse aspecto, também, a estrutura cooperativa potencializa os elementos definidores da organização profissional, pois deliberações das diretorias executivas necessitam ser legitimadas, sendo, muitas vezes, negociadas nos conselhos e assembléias ou mesmo em grupos de especialistas. Os médicos, além de controlar seu próprio trabalho, utilizam o sistema decisório existente para controlar as decisões que os afetam, interferindo de forma significativa nos rumos tomados pela organização (Duarte, 2001). Um problema derivado desse controle elevado dos médicos sobre o negócio é a unimilitância³⁵, isto é, a proibição de cooperados serem credenciados ou empregados de outros planos de assistência à saúde. Essa prática é proibida pela legislação, conforme o art. 18, III da Lei nº 9.656/1998.

³⁴ No caso das cooperativas médicas de saúde, as de primeiro e segundo graus são a maioria dentre as entidades reguladas pela ANS.

³⁵ A Unimilitância é uma prática anti-concorrencial, que contribui para a concentração do mercado, diminuindo a liberdade de escolha do consumidor. Trata-se de uma prática danosa à livre iniciativa e consumo, pois força empresas concorrentes da Unimed a buscar outros mercados para conseguir prosperar seu negócio.

Esse modelo, com instâncias decisórias colegiadas e divisão de ganhos segundo a produção, revelou-se bastante atrativo para a categoria médica, aliado à relativa facilidade com que uma singular é constituída. (Duarte, 2001).

3.4. A LEI N° 9.656/1998

A Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, na redação da Medida Provisória n° 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, definiu a aplicação das normas às quais são submetidos os planos e seguros privados de assistência à saúde. Dentre os apontamentos mais relevantes dessa legislação, pode-se destacar a definição de plano privado de assistência à saúde³⁶, operadora de plano de assistência à saúde³⁷ e carteira³⁸; à subordinação ao poder de polícia da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; os requisitos para a autorização de funcionamento (art. 8º); instituição do plano referência de assistência à saúde (art. 10); veto à exclusão de cobertura às doenças e lesões pré-existentes à data de contratação dos produtos após 24 meses de vigência do aludido instrumento contratual (arts. 11 e 12); variação das contraprestações pecuniárias por faixa etária apenas conforme as normas expedidas pela ANS (art. 15); a determinação da alienação da carteira e dos regimes especiais de direção fiscal ou técnica ou de liquidação extrajudicial, de acordo com as anormalidades apresentadas pelas operadoras (art. 24); e a aplicação de sanções administrativas às operadoras e seus administradores (art. 25).

³⁶ Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pós ou pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, à assistência à saúde.

³⁷ Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo.

³⁸ O conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o parágrafo 1º do art. 1º, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

De acordo com Godoy, Silva e Neto (2004), com a criação da ANS, as empresas que operavam no setor de planos e seguros de saúde passaram a ter que seguir as determinações da agência, tais como o registro de autorização de funcionamento, obrigatoriedade de enviar informações financeiras e o fornecimento do cadastro de usuários e produtos.

3.5. A LEI Nº 9.961/2000

O marco de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A ANS é uma autarquia especial³⁹, vinculada, mas não subordinada, ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (art. 1º). Conforme o art. 3º, a finalidade institucional da Agência é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Dentre as competências da ANS, conforme o art. 4º pode-se destacar: i) propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU para a regulação do mercado de saúde suplementar; ii) elaborar o rol de procedimentos⁴⁰ e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656/1998 e suas

³⁹ As autarquias são pessoas jurídicas de direito público criadas por lei específica (art. 37, XIX da Constituição Federal), que dispõem de patrimônio próprio e realizam atividades típicas de Estado de forma descentralizada. As autarquias de regime especial são aquelas que possuem um regime jurídico ainda mais diferenciado das demais autarquias tomadas em conjunto. Em razão do poder normativo e da maior autonomia de que dispõem, as agências reguladoras, entre elas a ANS, passaram a ser classificadas dessa maneira, pois são responsáveis pela regulação dos serviços públicos entregues em concessão ou permissão a particulares ou mesmo de atividade econômica realizada sob autorização e fiscalização do Estado.

⁴⁰ De acordo com a Resolução Normativa – RN nº 82/2004, O Rol de Procedimentos constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1 de janeiro de 1999, na forma do Anexo I desta RN.

excepcionalidades; iii) estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras; iv) estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS; v) estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde; vi) definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656/1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades; vii) expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões; viii) fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; ix) fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de assistência à saúde, incluindo os conteúdos e modelos assistenciais, adequação e utilização de tecnologias em saúde; e x) fixar normas sobre os regimes especiais de direção fiscal ou técnica, ou de liquidação extrajudicial; e xi) estabelecer procedimentos de recuperação financeira das operadoras e garantias assistenciais para cobertura dos planos comercializados ou disponibilizados⁴¹.

A ANS também conta um órgão de caráter permanente e consultivo, denominado Câmara de Saúde Suplementar. Essa Câmara é formada por representantes dos vários segmentos da sociedade, dentre aqueles que protagonizam as relações no setor. De acordo com a Lei nº 9.961/2000, além do Diretor-Presidente da ANS (na qualidade de Presidente) e outro Diretor (na qualidade de Secretário), farão parte da Câmara representantes dos Ministérios da Saúde, da Fazenda, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho e Emprego e da Justiça.

⁴¹ De acordo com o art. 4º da Lei nº 9.961/00, a ANS detém um total de quarenta e uma competências.

Também compõem a Câmara, representantes dos vários segmentos de operadoras atuantes no mercado, como as medicinas e odontologias de grupo, as Cooperativas Médicas e odontológicas, as filantrópicas, as autogestões e as seguradoras; representantes de entidades de defesa do consumidor e de portadores de deficiências e patologias especiais, além de representantes de organizações que interagem com o setor, como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Brasileira de Hospitais, a Confederação Nacional da Indústria e a Central Única dos Trabalhadores e Hospitais.

Outro aspecto importante da Lei é a instituição da Taxa de Saúde Suplementar – TSS, cobrada das operadoras de planos de assistência à saúde em razão do poder de polícia da ANS (art. 1º). De acordo com o art. 20, a TSS será devida: i) por plano de assistência à saúde e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 2,00 pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano; ii) por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora e pedido de reajuste de contraprestação pecuniária⁴².

Conforme Pereira (2003), com a criação da ANS, a reunião das atividades reguladoras em um único órgão autônomo ajudou a amenizar, pelo menos em relação ao desenho institucional, os conflitos de normatização entre os Ministérios da Saúde e da Fazenda. Isso possibilita uma autonomia perante a burocracia mais tradicional do Executivo, além de possuir uma receita própria, em forma de taxa de fiscalização.

⁴² Para os fins de cálculo do número médio de beneficiários de cada plano privado de assistência à saúde, não foram incluídos os maiores de sessenta anos. A TSS é devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos seguintes meses: março, junho, setembro e dezembro (art. 20, § 1º e § 2º)

3.6. A NPC/IBRACON N° 22/2005

A Norma de Procedimento Contábil nº 22 do Instituto dos Auditores Independentes do Brasil - IBRACON, aprovada em 3 de outubro de 2005, aborda as Contingências – Provisões, Passivos, Contingências Passivas e Contingências Ativas. O principal objetivo da Norma é definir critérios de reconhecimento e bases de mensuração aplicáveis a provisões, contingências passivas e contingências ativas, bem como ditar regras para que sejam divulgadas informações suficientes nas notas explicativas às demonstrações contábeis, para permitir que os usuários entendam sua natureza, oportunidade e valor.

Dentre as definições mais importantes, a do item 6, sobre os termos, destacam-se: i) uma obrigação legal é aquela que deriva de um contrato (por meio de termos explícitos ou implícitos), de uma lei ou de outro instrumento fundamentado em lei; ii) uma contingência passiva é: uma possível obrigação presente cuja existência será confirmada somente pela ocorrência ou não de um ou mais eventos futuros, que não estejam totalmente sob o controle da entidade; ou uma obrigação presente que surge de eventos passados, mas que não é reconhecida porque: é improvável que a entidade tenha de liquidá-la; ou o valor da obrigação não pode ser mensurado com suficiente segurança; iii) uma contingência ativa é um possível ativo presente, decorrente de eventos passados, cuja existência será confirmada somente pela ocorrência ou não de um ou mais eventos futuros, que não estejam totalmente sob o controle da entidade; e iv) o fato gerador, no contexto desta norma, é um evento passado que cria uma obrigação presente, legal ou não formalizada, para uma entidade.

Para efeito de analogia com a IN/DIOPE nº 20/2008, é importante também destacar o Anexo II desta norma, que discorre sobre exemplos de tratamento a ser dado envolvendo contingências ativas e passivas. Em relação ao item 4 – Tributos, os aspectos mais importantes a serem destacados são: i) ainda que uma entidade julgue um tributo como inconstitucional e que tenha entrado com uma ação por intermédio de seus advogados, este tributo é uma obrigação legal e deverá estar registrada com juros e encargos, e mesmo que o advogado tenha classificado a causa como ganho “provável”, ainda poderá caber recurso por parte da Fazenda Pública, portanto, o ganho não deve ser registrado; ii) há situações em que uma entidade ainda não obteve a decisão final favorável à recuperação de um tributo ou à extinção da obrigação tributária registrada, mas há jurisprudência favorável para outras entidades em casos idênticos, bem como avaliação dos advogados de que as chances de um desfecho favorável são prováveis. Neste último caso, mesmo nas situações em que há jurisprudência favorável, isso não é suficiente para dar base ao reconhecimento do ganho contingente, uma vez que não está assegurada uma decisão final favorável à entidade, pois muitos outros fatores podem influenciar essa decisão, por exemplo, o ramo de atividade, a formalização do processo etc. A entidade, por outro lado, deve fazer divulgação em nota explicativa acerca do assunto; iii) ao obter decisão final favorável sobre um ganho contingente, a entidade deverá observar o momento adequado para o seu reconhecimento contábil. Não havendo mais possibilidades de recursos da parte contrária, o risco da não-realização do ganho contingente é "remoto", e, portanto, a entidade deve reconhecer contabilmente o ganho quando a decisão judicial final produzir seus efeitos, o que ocorre após a publicação no Diário Oficial.

Em relação ao registro das Obrigações Legais por parte das Cooperativas Médicas, e considerando a NPC/IBRACON nº 22/2005, as operadoras de planos de assistência à saúde,

classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas que, na Assembléia Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2008, deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais de que trata a IN/DIOPE nº 20/2008 e contabilizados na forma estabelecida no art. 3º, classificados no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo.

3.7. IN/DIOPE Nº 20/2008

Esta instrução definiu a forma de as operadoras de planos de assistência à saúde contabilizarem as Obrigações Legais como definidas pela NPC/IBRACON nº 22/2005, seguindo os seguintes passos:

- i) O montante do prejuízo apurado ao término de cada exercício social deve ser apresentado na conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados no grupo do Patrimônio Líquido, sendo vedada sua transferência para o Ativo a qualquer título;
- ii) O montante do principal, dos juros e outros encargos, se aplicáveis, das Obrigações Legais a pagar derivadas de um contrato, de uma Lei ou de outro instrumento fundamentado em Lei, como estabelecidas na NPC/IBRACON nº 22/2005, devem ser registrados a débito do resultado do exercício social corrente;
- iii) As operadoras de planos de assistência à saúde que, na data de publicação da IN/DIOPE nº 20/2008, não estiverem contabilizando as Obrigações Legais

citadas no artigo anterior poderão, no exercício social de 2008, contabilizá-las a débito da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados, exclusivamente para a parcela correspondente a exercícios anteriores a 2008;

- iv) As operadoras de planos de assistência à saúde, classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, que na AGO relativa ao exercício social de 2008 deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais de que trata a IN/DIOPE nº 20/2008 e, contabilizados na forma estabelecida no artigo 3º, classificadas no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo;
- v) a partir do exercício social de 2009 as Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas que tiverem se utilizado da exceção prevista no artigo anterior deverão, ao término de cada exercício social, proceder à avaliação do montante registrado no Passivo Exigível a Longo Prazo, observados os seguintes critérios: i) na hipótese de ocorrer redução, por qualquer motivo, do montante contabilizado no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, deverá a Operadora promover idêntica redução no Ativo Realizável a Longo Prazo anteriormente constituído; ou ii) na hipótese de ocorrer aumento, por qualquer motivo, do montante contabilizado no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, deverá a Operadora contabilizar a correspondente contrapartida a débito do resultado do exercício social em curso.

3.8. IN/DIOPE Nº 39/2010

Com a IN/DIOPE nº 20/2008, o movimento de registro das Obrigações Legais (passivo fiscal) apresentou resultados relevantes, que serão apresentados em parte nas conclusões deste trabalho. Em 2010, a DIOPE publicou a Instrução Normativa – IN nº 39, de 23 de fevereiro de 2010, que acrescentou o art. 4º-A, com a seguinte redação:

Art. 4º A. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, que na Assembléia-Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2009 deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais de que trata esta Instrução Normativa, e contabilizados na forma estabelecida no artigo 3º, classificados no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo.

De forma prática, por ato normativo, a DIOPE concedeu mais um ano para que as Cooperativas Médicas e Odontológicas transferissem para o Ativo Realizável a Longo Prazo suas Obrigações Legais, nos mesmos moldes da IN/DIOPE nº 20/2008, na expectativa de maior participação do mercado no registro contábil do passivo fiscal.

3.9. IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA – ISS

O fato gerador⁴³ do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, cuja competência é dos Municípios e do Distrito Federal, é a prestação de serviços, ainda que esses não se constituam como atividade preponderante do prestador, conforme rege a Lei Complementar nº

⁴³ Fato Gerador: prestação, por empresa ou profissional autônomo, com ou sem estabelecimento fixo, de serviços de qualquer natureza, enumerados em lei complementar de caráter nacional, desde que tais serviços não estejam compreendidos na competência dos Estados.

116/2003⁴⁴, em seu art. 1º. O contribuinte é o prestador do serviço informado na lista anexa à Lei Complementar nº 116/2003⁴⁵.

Observando a lista anexa da referida Lei, no item 4, Serviços de Saúde, podem-se destacar os itens:

4.22 – Planos de medicina de grupo ou individual e convênios para prestação de assistência médica, hospitalar, odontológica e congêneres;

4.23 – Outros planos de saúde que se cumpram através de serviços de terceiros contratados, credenciados, cooperados ou apenas pagos pelo operador do plano mediante indicação do beneficiário (consumidor), como aqueles relacionados ao tema das operadoras de planos de saúde.

Considera-se local da prestação do serviço, para fins de arrecadação do imposto, o local do estabelecimento do prestador ou, na falta do estabelecimento, o local do domicílio do prestador, exceto nas hipóteses previstas nos itens I a XXII do art. 3º da Lei Complementar nº 116/2003. Como exemplo, mesmo que o serviço seja prestado em Niterói e o estabelecimento da prestadora de serviços seja situado no Rio de Janeiro, o Município competente para a arrecadação do imposto é o Rio de Janeiro (salvo as exceções previstas nos itens I a XXII), conforme o art. 4º:

Art. 4º Considera-se estabelecimento prestador o local onde o contribuinte desenvolva a atividade de prestar serviços, de modo permanente ou temporário, e que configure unidade econômica ou profissional, sendo irrelevantes para caracterizá-lo as denominações de sede, filial, agência, posto de atendimento, sucursal, escritório de representação ou contato ou quaisquer outras que venham a ser utilizadas.

A base de cálculo do imposto é o preço do serviço e sua alíquota⁴⁶ varia conforme o Município, eis que tem o poder de legislar sobre o valor da alíquota do imposto para cada tipo

⁴⁴ A Lei Complementar nº 116, de 31 de julho de 2003, revogou os artigos 8º, 10, 11 e 12 do Decreto-Lei nº 406/68; os incisos III, IV, V e VII do art. 3º do Decreto-Lei nº 834/69; Lei Complementar nº 22/74; Lei nº 7.192/84; Lei Complementar nº 56/87; e Lei Complementar nº 100/99.

⁴⁵ A Lista anexa à LC nº 116/2003 contém todos os tipos de serviços contemplados pela legislação.

de serviço. Entretanto, esta alíquota não pode ultrapassar 5% sobre a base de cálculo (art. 8º, II da Lei Complementar nº 116/2003).

3.10. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL – PIS

A instituição do Programa de Integração Social – PIS se dá pela Lei Complementar nº 7, de 7 de setembro de 1970. Em seu art. 1º, institui-se o Programa, destinado a integração do empregado na vida e no desenvolvimento das empresas, que é executado por meio de um fundo de participação, constituído por depósitos efetuados na Caixa Econômica Federal.

A arrecadação decorrente do PIS⁴⁷, a partir da promulgação da Constituição de 1988, passa a ter a finalidade de financiar o seguro-desemprego e o abono pecuniário de um salário mínimo anual, para aqueles que percebam até dois salários mínimos mensais e cujos empregadores contribuam para o Programa.

A Lei Complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991, instituiu contribuição para o financiamento da seguridade social, elevando a alíquota da contribuição social sobre o lucro das instituições financeiras. Esta contribuição foi fixada em 2%, incidindo diretamente sobre o faturamento mensal, considerando a receita bruta das vendas de mercadorias e serviços de qualquer natureza. O art. 6º, que listava as entidades isentas da contribuição, em seu inciso I, alocou nesta categoria as cooperativas que observassem o disposto na legislação específica,

⁴⁶ No caso do Rio de Janeiro, por exemplo, as alíquotas e a base de cálculo estão listadas na página da Secretaria Municipal de Fazenda, com base na redação dada pela Lei nº 5.106/2009, em seu art. 33.

⁴⁷ Art. 195 e art. 239, CFRB/1988; LC nº 7/1970; LC nº 8/1970; LC nº 26/1975; Decreto-Lei nº 2.052/1983; Lei nº 9.715/1998; Lei nº 9.718/1998; Lei nº 10.637/2002.

quanto aos atos cooperativos próprios das suas finalidades; entretanto, este item foi revogado pela Medida Provisória nº 2.158-35/2001⁴⁸

A Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998, definiu as regras para apuração do PIS e a COFINS, ao Imposto sobre a Renda, Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativos a Títulos e Valores Mobiliários.

Em relação à alíquota, a do PIS é de 0,65% ou 1,65% (a partir de 1º de dezembro de 2002, na modalidade não cumulativa, conforme disposto na Lei nº 10.637/2002⁴⁹) sobre a receita bruta ou 1% sobre a folha de salários, nos casos de entidades sem fins lucrativos. Entretanto, para determinadas operações, a alíquota é diferenciada.

3.11. CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL – COFINS

A Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS⁵⁰ também foi instituída pela Lei Complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991, com as regras definidas pela Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998. Trata-se de uma contribuição federal, de natureza tributária, incidente sobre a receita bruta das empresas em geral (inclusive as a elas equiparadas segundo a legislação do Imposto de Renda), destinada a financiar a seguridade social⁵¹. Sua alíquota é de 7,6% para as empresas tributadas pelo lucro real (sistemática da não-cumulatividade) e de 3,0% para as demais. A base de cálculo é composta: i) pelo

⁴⁸ O art. 93 da Medida Provisória nº 2.158-35/2001, revogou os incisos I e III do art. 6º da Lei Complementar nº 70/91, a partir de junho de 1999.

⁴⁹ A Lei nº 10.637, de 30 de dezembro de 2002, dispõe sobre a não cumulatividade na cobrança da contribuição para o PIS e PASEP. Em seu art. 1º fixa como fato gerador o faturamento mensal e depois lista de forma geral as bases de cálculo, com as exceções para cada caso.

⁵⁰ Art. 195, I, CFRB/1988; LC nº 70/1991; Lei nº 9.715/1998; Lei nº 9.718/1998; Lei nº 10.637/2002; Lei nº 10.833/2003.

⁵¹ A seguridade social abrange a previdência social, a saúde e a assistência social, conforme a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988.

faturamento mensal (receita bruta da venda de bens e serviços), ou ii) pelo total de receitas da pessoa jurídica.

São contribuintes da COFINS as pessoas jurídicas de direito privado em geral, inclusive as pessoas a elas equiparadas pela legislação do Imposto de Renda, exceto as microempresas e as empresas de pequeno porte submetidas ao regime do Simples Nacional⁵², que recolhem a contribuição, além de outros tributos em um único código de arrecadação que abarca todos esses tributos.

A incidência do COFINS é direta e não cumulativa, com apuração mensal. As empresas que apuram o lucro pela sistemática do Lucro Presumido, no entanto, sofrem a incidência da COFINS pela sistemática cumulativa. Algumas atividades e produtos específicos também permaneceram na sistemática cumulativa. Há até mesmo empresas que se sujeitam à cumulatividade sobre apenas parte de suas receitas. A outra parte se sujeita a sistemática não-cumulativa. Estas particularidades tornam esse tributo, juntamente com o PIS, extremamente complexo para o contribuinte e também para o Fisco, além do que se constitui no segundo maior tributo em termos arrecadatórios no Brasil pela Secretaria de Receita Federal, logo após o Imposto de Renda.

A Base de Cálculo do PIS e da COFINS, de acordo com a MP nº 2158-35/2001, é o faturamento das operadoras, acrescido de todas as demais receitas auferidas, permitindo-se, apenas, as exclusões expressamente previstas na legislação vigente. As sociedades cooperativas, em geral, estão sujeitas ao recolhimento dessas contribuições, em relação a sua receita total bruta auferida mensalmente, sendo admitidas exclusões ou deduções específicas,

⁵² O Simples Nacional é um regime tributário diferenciado, simplificado e favorecido, previsto na Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, aplicável às Microempresas e empresas de Pequeno Porte.

de acordo com suas atividades. As exclusões da base de cálculo para as operadoras de planos de assistência à saúde: i) co-responsabilidade cedida; ii) parcela das contraprestações pecuniárias destinadas à constituição de provisões técnicas; iii) valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos, efetivamente pagos, deduzido das importâncias recebidas a título de transferência de responsabilidades.⁵³

3.12. CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO – CSLL

A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL⁵⁴, que se destina ao financiamento da seguridade social, foi instituída pela Lei nº 7.689/1988. Seu art. 2º prevê que:

Art. 2º A base de cálculo da contribuição é o valor do resultado do exercício, antes da provisão para o imposto de renda.

O art. 17, da Lei nº 11.727/2008, prevê sobre as alíquotas:

Art. 17. O art. 3º da Lei nº 7.689, de 15 de dezembro de 1988, passa a vigorar com a seguinte redação: (Produção de efeitos)
“Art. 3º A alíquota da contribuição é de:

I – 15% (quinze por cento), no caso das pessoas jurídicas de seguros privados, das de capitalização e das referidas nos incisos I a VII, IX e X do § 1º do art. 1º da Lei Complementar nº 105, de 10 de janeiro de 2001; e

II – 9% (nove por cento), no caso das demais pessoas jurídicas.”

A CSLL é devida pelas pessoas jurídicas da seguinte forma:

- i) Pessoas jurídicas optantes pelo SIMPLES pagam IRPJ, COFINS, CSLL, PIS e outros tributos unificados;

⁵³ Medida Provisória nº 2.158-35/01, art. 2º, inciso 9º.

⁵⁴ Art. 195, I, CFRB/1988; Lei nº 7.689/1988; Lei nº 9.430/1996.

- ii) Pessoas jurídicas optantes pelo lucro real: a alíquota de 9% será aplicada sobre o Lucro antes do Imposto de Renda - LAIR;
- iii) Pessoas jurídicas optantes pelo lucro presumido e pelo lucro arbitrado: alíquota de 9% aplicada sobre o lucro do empreendimento. Este lucro é obtido aplicando-se os percentuais de lucro presumido (e de lucro arbitrado), sobre a receita bruta;
- iv) Lucro de atividade econômica;
- v) 12% para as receitas das atividades comerciais, industriais, imobiliárias e hospitalares;
- vi) 32%, no caso de receitas de serviços em geral, exceto serviços hospitalares.

3.13. O REGIME TRIBUTÁRIO DE TRANSIÇÃO - RTT

A Medida Provisória nº 449/2008, convertida na Lei nº 11.941/2009, alterou a legislação tributária federal relativa ao parcelamento ordinário de débitos tributários, concedeu remissão nos casos em que especifica e instituiu o regime tributário de transição.

Em seu Capítulo III – Regime Tributário de Transição - RTT, a Lei estabelece, em seu art. 15, que o RTT do lucro real fica instituído, tratando dos ajustes tributários decorrentes dos novos métodos e critérios contábeis introduzidos pela Lei nº 11.638/2007, e pelos arts. 36 e 37 da Lei nº 11.941/2009.

Em relação a este estudo, é relevante ressaltar o § 2º do mesmo art. 15, que estabelece, para os anos-calendário de 2008 e 2009, que o RTT seria optativo, ressaltadas as seguintes observações: i) que a opção se aplicaria somente ao biênio 2008-2009, vedada a aplicação em

apenas um ano calendário e; ii) a opção que se refere o item anterior deveria ser manifestada na Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica 2009.

Como o § 1º do art. 15 estabeleceu que o RTT vigorará até a entrada em vigor da lei que discipline os efeitos tributários dos novos métodos e critérios contábeis, o mesmo passa a ser obrigatório a partir do ano de 2010, conforme preconiza o § 3º, inclusive para a apuração do Imposto de Renda com base no lucro presumido ou arbitrado, da CSLL, da contribuição para o PIS e da COFINS. Esta disciplina também está prevista no art. 21 da Lei nº 11.941/2009, que estabelece de forma clara que o RTT, quando adotado para o IRPJ, também deverá ser adotado para a CSLL, PIS e COFINS.

De acordo com Matarazzo (2009), isso quer dizer que, na vigência do RTT, para fins de apuração da base de cálculo do IRPJ, CSLL, PIS e COFINS, deverão ser aplicados os métodos e critérios contábeis vigentes em 31 de dezembro de 2007, sem considerar as alterações nas práticas contábeis introduzidas pela Lei nº 11.638/2007 e pelos arts. 36 e 37 da Lei nº 11.941/2009. Além disso, o parágrafo único do art. 16 da Lei nº 11.941/2009 deixa claro que as normas expedidas pela Comissão de Valores Mobiliários - CVM e pelos demais órgãos reguladores que visem alinhar a legislação específica com os padrões internacionais contábeis também não poderão alterar a base de cálculo do IRPJ, CSLL, PIS e COFINS.

Também de acordo com o autor acima, as pessoas jurídicas que optarem pela adoção do RTT deverão realizar ajustes específicos ao lucro líquido do período no Livro de Apuração do Lucro Real - LALUR, de modo a reverter o efeito da utilização de métodos e critérios contábeis diferentes daqueles vigentes em 31 de dezembro de 2007. Posteriormente, são realizados os demais ajustes no LALUR para a adição, exclusão e compensação dos valores

prescritos ou autorizados pela legislação tributária, para apuração da base de cálculo do imposto.

O fator importante remete aos futuros trabalhos de acompanhamento das informações econômico-financeiras das Cooperativas Médicas, visto que para os anos de 2008 e 2009 o RTT ainda é uma opção, tornando-se obrigatório para o ano-calendário de 2010.

4. A QUESTÃO TRIBUTÁRIA DAS COOPERATIVAS

4.1. DO ATO COOPERATIVO E NÃO COOPERATIVO

A Constituição de 1988 conferiu às sociedades cooperativas a prerrogativa de receber adequado tratamento tributário ao ato cooperativo por elas praticado, conforme inscrito em seu art. 146, III, "c", tema este a cargo de lei complementar ainda não editada.

Apesar de ainda impreciso, o texto constitucional quer significar que as cooperativas devem ter, no campo tributário, tratamento diferenciado das demais sociedades empresariais.

Na ausência da mencionada lei complementar, a base normativa disponível para a definição de ato cooperativo está na Lei nº 5.764/1971, que define a política nacional do cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas. Diz seu art. 79:

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

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

Essa mesma Lei cuidou também de fazer referência aos atos não cooperativos para efeitos de tributação, de modo que seu conceito pode ser extraído por exclusão, dado que englobam todos os atos praticados que não se enquadrem no conceito de ato cooperativo. É interessante destacar os seguintes dispositivos.

Art. 86. As cooperativas poderão fornecer bens e serviços a não associados, desde que tal faculdade atenda aos objetivos sociais e estejam de conformidade com a presente lei. /.../

Art. 87. Os resultados das operações das cooperativas com não associados mencionados nos artigos 85 e 86, serão levados à conta do "Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social" e serão contabilizados em separado, de molde a permitir cálculo para incidência de tributos.

Art. 111. Serão considerados como renda tributável os resultados positivos obtidos pelas cooperativas nas operações de que tratam os artigos 85⁵⁵, 86⁵⁶ e 88⁵⁷ desta Lei.

Pode-se, assim, dizer que o ato cooperativo guarda relação direta com a prestação de serviços aos cooperados, ao passo que no ato não cooperativo essa prestação beneficia a terceiros, sujeita, pois, à tributação, por configurar atividade mercantil.

Para Polonio (2004), a classificação das operações em atos cooperativos e não cooperativos somente faz sentido em relação às atividades realizadas pela sociedade cooperativa em seu próprio nome, pelo que se caracterizam como não cooperativos a realização do negócio-fim da cooperativa com terceiro não cooperado.

Como ato cooperativo, no campo da operação de planos de assistência à saúde, pode-se citar, como exemplo, os recursos recebidos pelas Cooperativas Médicas oriundos do sistema de intercâmbio⁵⁸; já como ato não cooperativo, a própria comercialização dos planos de assistência à saúde, pois que se trata de relação contratual entre a Cooperativa Médica e os consumidores que aderem ao plano.

⁵⁵ Art. 85. As cooperativas agropecuárias e de pesca poderão adquirir produtos de não associados, agricultores, pecuaristas ou pescadores, para completar lotes destinados ao cumprimento de contratos ou suprir capacidade ociosa de instalações industriais das cooperativas que as possuem.

⁵⁶ Art. 86. As cooperativas poderão fornecer bens e serviços a não associados, desde que tal faculdade atenda aos objetivos sociais e estejam de conformidade com a presente lei.

Parágrafo único. No caso das cooperativas de crédito e das seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas, o disposto neste artigo só se aplicará com base em regras a serem estabelecidas pelo órgão normativo.

⁵⁷ Art. 88. Poderão as cooperativas participar de sociedades não cooperativas para melhor atendimento dos próprios objetivos e de outros de caráter acessório ou complementar.

⁵⁸ A área de abrangência das coberturas assistenciais das Cooperativas Médicas pode-se dar pelo Sistema de Intercâmbio, pelo qual o beneficiário de uma Cooperativa pode ser atendido pela rede assistencial de outra Cooperativa. Esta, por sua vez, será ressarcida pela Cooperativa de origem pelas despesas com seu beneficiário.

4.2. TRIBUTAÇÃO DAS COOPERATIVAS À LUZ DA JURISPRUDÊNCIA

Não há intenção, neste estudo, de abrir o debate jurídico a respeito das hipóteses de incidência tributária sobre a operação de planos de assistência à saúde, se considerados atos cooperativos ou não. O que se pretende, tão-só, é apresentar um panorama jurisprudencial que reafirma a necessidade de as Cooperativas Médicas reconhecerem esse passivo tributário em seus registros contábeis até que venha a ocorrer decisão judicial irrecorrível que porventura lhes favoreça ou condene em caráter definitivo, em que pese o cenário atual demonstrar ser bastante incerto.

As decisões selecionadas foram extraídas da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, dado que, além de sua jurisdição ser de âmbito nacional, eliminando-se, aí, possíveis diferenças regionais de opinião, é a instância máxima para se questionar matéria tributária, quando não for suscitada questão constitucional, cuja competência é do Supremo Tribunal Federal.

4.2.1. ATO COOPERATIVO X ATO NÃO COOPERATIVO

A distinção entre ato cooperativo e não cooperativo, no campo da operação de planos de assistência à saúde, parece ter ficado bem elucidada pelo Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial nº 254.549/CE (DJ de 18/09/2000), assim ementado:

TRIBUTÁRIO. ISS. COOPERATIVAS MÉDICAS. INCIDÊNCIA.

1. As Cooperativas organizadas para fins de prestação de serviços médicos praticam, com características diferentes, dois tipos de atos: **a) atos cooperados consistentes no exercício de suas atividades em benefício dos seus associados que prestam serviços médicos a terceiros ; b) atos não cooperados de serviços de administração a terceiros que adquiram seus planos de saúde.**

2. Os primeiros atos, por serem típicos atos cooperados, na expressão do art. 79, da Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, estão isentos de tributação. Os segundos, por não serem atos cooperados, mas simplesmente serviços remunerados prestados a terceiros, sujeitam-se ao pagamento de tributos, conforme determinação do art. 87 da Lei 5764/71.

3. As cooperativas de prestação de serviços médicos praticam, na essência, no relacionamento com terceiros, atividades empresariais de prestação de serviços remunerados.

4. Incidência do ISS sobre os valores recebidos pelas cooperativas médicas de terceiros, não associados, que optam por adesão aos seus planos de saúde. Atos não cooperados.

5. Recurso provido. (grifou-se)

Do voto do Relator, Ministro José Delgado, interessa destacar o seguinte trecho:

Os serviços prestados, conforme é sabido, dividem-se em duas etapas: a) a primeira consiste na firmação de um negócio jurídico efetivado por terceiros, não sócios da Cooperativa, que pagam, mensalmente, uma taxa de administração, a fim de que possam receber serviços médicos postos à disposição pela Cooperativa; b) a segunda etapa é caracterizada pela prestação de serviços médicos propriamente ditos aos aderentes dos planos da Cooperativa, serviços médicos que são prestados pelos cooperados, isto é, pelos associados da entidade.

Em síntese: os médicos cooperados são os reais prestadores dos serviços a terceiros, formando uma relação autônoma para a qual são remunerados pela própria Cooperativa; os terceiros recebem serviços de administração praticados pela Cooperativa para que a assistência médica lhe seja entregue. Em outras palavras, a Cooperativa é uma aglutinadora dos serviços a serem prestados a terceiros pelos seus associados (cooperados).

De acordo com o conceito de ato cooperativo expresso no dispositivo acima destacado, firma-se conscientização de que, na hipótese apreciada pelo recurso ora examinado, só é ato cooperativo o decorrente do vínculo que a UNIMED tem com os seus associados, isto é, com os médicos que lhe prestam serviços e assumem a posição de cooperados.

Estabelecidas as distinções supra-registradas, busca-se afirmação do conceito de ato cooperativo. Este encontra-se definido no art. 79 da Lei nº 5.764, de 16.12.71:

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

A relação existente com terceiros, os adquirentes de seus planos de saúde, não é um ato cooperativo puro, na expressão do art. 79 destacado, constituindo-se simples prestação de serviços remunerados.

Em assim sendo, por força de lei, os serviços de administração prestados pelas cooperativas aos que firmam contratos de adesão aos seus planos de saúde não são "atos cooperativos", pelo que estão sujeitos, para fins de tributação, às regras do art. 87, da Lei nº 5.264, de 16.12.71; "Os resultados das operações das cooperativas com não associados, mencionados nos arts. 85 e 86, serão levados à conta do 'Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social' e serão contabilizados em separado, de molde a permitir cálculo para incidência de tributos".

No mesmo sentido, confirmam-se: REsp nº 727091/RJ, 2ª Turma (DJ de 17.10.2005); REsp nº 487854/SP, 2ª Turma (DJ de 23.08.2004); e REsp nº 254549/CE, 1ª Turma (DJ de 18.09.2000).

4.2.2. INCIDÊNCIA DE PIS/COFINS

O Superior Tribunal de Justiça já reconheceu incidir PIS/COFINS sobre a operação de planos de assistência à saúde em mais de uma oportunidade, cabendo registrar o Recurso Especial nº 841.516-MG (DJ 13/03/2008), assim ementado:

PROCESSUAL CIVIL E TRIBUTÁRIO. COFINS. ALEGADA VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC. NÃO-OCORRÊNCIA. COOPERATIVAS MÉDICAS. CARACTERIZAÇÃO OU NÃO DE ATO COOPERATIVO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A TERCEIROS. CARÁTER EMPRESARIAL. REEXAME DE MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA. APLICAÇÃO DA SÚMULA 7/STJ. INCIDÊNCIA DA MENCIONADA CONTRIBUIÇÃO.

1. Não viola o art. 535 do CPC, tampouco nega a prestação jurisdicional, o acórdão que, mesmo sem ter examinado individualmente cada um dos argumentos trazidos pelo vencido, adotou, entretanto, fundamentação suficiente para decidir de modo integral a controvérsia.

2. **"Os atos que não se configuram como tipicamente cooperativos, tais qual a prestação de serviços a terceiros realizada por sociedades cooperativas médicas, são passíveis de incidência da Cofins"** (REsp 611.578/MG, 2ª Turma, Rel. Min. João Otávio de Noronha, DJ de 6.3.2007).

3. É inviável o reexame de matéria fática em sede de recurso especial (Súmula 7/STJ).

4. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, desprovido. (grifou-se)

Do voto da Relatora, Ministra Denise Arruda, vale reproduzir o trecho a seguir:

No caso das cooperativas de trabalho médico, como se verifica em questão, deve-se analisar se as atividades desenvolvidas pela entidade podem ser enquadradas como atos cooperativos, excluindo-se, então, a incidência da COFINS. Com relação aos atos praticados a título de prestação de serviços médicos a terceiros, são incompatíveis com a conceituação de ato cooperativo, em face do caráter negocial de que se reveste tal intermediação, não se enquadrando, portanto, nos ditames da Lei 5.764/71.

Nessa linha de entendimento, esta Corte Superior firmou orientação no sentido de que as cooperativas de prestação de serviços médicos praticam atos negociais com terceiros, sobre os quais incide a contribuição. Nesse sentido, confirmam-se:

"TRIBUTÁRIO. PROCESSO CIVIL. COFINS. COOPERATIVAS. ISENÇÃO. ATOS COOPERATIVOS. NÃO-CARACTERIZAÇÃO.

1. Os atos que não se configuram como tipicamente cooperativos, tais qual prestação de serviços a terceiros realizada por sociedades cooperativasmédicas, são passíveis de incidência da Cofins.

2. Recurso especial improvido." (REsp 611.578MG, 2ª Turma, Rel. Min. João Otávio de Noronha, DJ de 6.3.2007)

/.../

Desse modo, estando caracterizada no acórdão recorrido a natureza negocial dos atos praticados pela recorrente, qual seja a prestação de serviços médicos a terceiros não-associados, é alheio às atribuições desta Corte concluir em sentido contrário ao que foi exposto no Tribunal de origem, pois tal implicaria o reexame de matéria fático-probatória (Súmula 7/STJ).

4.2.3 INCIDÊNCIA DE CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS

O entendimento do Superior Tribunal de Justiça sobre a incidência das contribuições sociais sobre atividades das Cooperativas Médicas mostra-se na mesma linha da adotada sobre a sujeição dessas sociedades ao PIS/COFINS, como bem demonstrado por ocasião do julgamento do Recurso Especial nº 576.487/PE (DJ 09/02/2004), assim ementado:

DIREITO TRIBUTÁRIO E PREVIDENCIÁRIO.
COOPERATIVAS MÉDICAS. CONTRIBUIÇÃO SOCIAL. PRECEDENTES.

1. As Cooperativas são equiparadas à empresa para fins de aplicação da legislação do custeio da previdência social (art. 12, parágrafo único, do Decreto nº 3.048/1999 – Regulamento da Previdência Social).
2. Estão as Cooperativas médicas obrigadas ao recolhimento da contribuição social a ser calculada sobre os valores apurados mensalmente e pagos aos médicos, seus associados, pelos serviços prestados a terceiros.
3. Os médicos, não obstante situados como cooperados, prestam serviços a terceiros em nome da Cooperativa, como autônomos, e dela recebem diretamente os honorários fixados em tabela genérica.
4. As pessoas que mantêm vínculos de associação com as Cooperativas não efetuam pagamento de honorários aos médicos. Pagam, de modo fixo, mensalmente, determinada quantia à Cooperativa para que essa administre e ponha à disposição os serviços oferecidos.
5. A relação jurídica do serviço é firmada entre, no caso, o médico e a Cooperativa. Esta supervisiona, controla e remunera os serviços prestados pelo profissional.
6. Precedentes das 1ª e 2ª Turmas desta Corte Superior.
7. Recurso não provido.

Do voto do Relator, Ministro José Delgado, interessa destacar o seguinte trecho:

A relação jurídica estabelecida, na situação examinada, é formada pelos seguintes elementos fáticos:

- a) os profissionais médicos mantêm com a Cooperativa uma situação de cooperado;
- b) os serviços por eles prestados são colocados à disposição de terceiros;
- c) a Cooperativa exerce coordenação, supervisão e controle sobre as atividades desenvolvidas pelos médicos;
- d) a Cooperativa paga diretamente honorários aos médicos;
- e) os clientes, usuários dos serviços, pagam mensalmente uma quantia fixa e uniforme, independentemente de utilizarem ou não os serviços oferecidos pela Cooperativa.

O objetivo, portanto, da Cooperativa é colocar serviços profissionais médicos à disposição dos que aderem aos planos oferecidos. Ela é quem firma relação

contratual com o profissional e quem o paga, de forma direta, os honorários fixados de modo uniforme para a categoria.

Depreende-se, do exposto, que as Cooperativas organizadas para fins de prestação de serviços médicos praticam, com características diferentes, dois tipos de relação jurídica: a) a primeira, caracterizada como atos cooperados, que é constituída pelo exercício das atividades em benefício dos seus associados, os médicos, que prestam serviços a terceiros; a segunda, que é formada por atos não cooperados por serem serviços de administração oferecidos a quem adquire os seus planos de saúde.

O panorama descrito sobre a relação jurídica formada demonstra que as Cooperativas médicas efetuam pagamento de honorários aos médicos, estes atuando como profissionais autônomos, o que dá origem ao fato gerador previsto no art. 1º, I e II, da LC 84/96, cujo teor transcrevo:

/.../

Na linha do acima afirmado, registro os seguintes precedentes desta Casa Julgadora:

“DIREITO TRIBUTÁRIO E PREVIDENCIÁRIO.
COOPERATIVAS MÉDICAS. CONTRIBUIÇÃO SOCIAL. PRECEDENTES.

1. As Cooperativas são equiparadas à empresa para fins de aplicação da legislação do custeio da previdência social (art. 12, parágrafo único, do Decreto nº 3.048/1999 – Regulamento da Previdência Social).
2. Estão as Cooperativas médicas obrigadas ao recolhimento da contribuição social a ser calculada sobre os valores apurados mensalmente e pagos aos médicos, seus associados, pelos serviços prestados a terceiros.
3. Os médicos, não obstante situados como cooperados, prestam serviços a terceiros em nome da Cooperativa, como autônomos, e dela recebem diretamente os honorários fixados em tabela genérica.
4. As pessoas que mantêm vínculos de associação com as Cooperativas não efetuam pagamento de honorários aos médicos. Pagam, de modo fixo, mensalmente, determinada quantia à Cooperativa para que essa administre e ponha à disposição os serviços oferecidos.
5. A relação jurídica do serviço é firmada entre, no caso, o médico e a Cooperativa. Esta supervisiona, controla e remunera os serviços prestados pelo profissional.
6. Precedentes das 1ª e 2ª Turmas desta Corte Superior.
7. Recurso do INSS provido para que as Cooperativas recolham as contribuições previdenciárias exigidas pela LC nº 84/96, art. 1º, I.” (REsp nº 542210/RS, 1ª Turma, DJ de 20/10/2003, deste Relator)

/.../

Este é o entendimento que perfilo, por entender ser o mais coerente.

4.2.4. INCIDÊNCIA DE IMPOSTO DE RENDA

Outra não é a orientação do Superior Tribunal de Justiça quando o tema é a incidência de imposto de renda sobre os atos não cooperativos das Cooperativas Médicas, conforme se observa do acórdão proferido pela 2ª Turma no Recurso Especial nº 418.352/SC (DJ de 17/05/2004):

TRIBUTÁRIO. IMPOSTO DE RENDA. COOPERATIVA MÉDICA. ATOS NÃO-COOPERATIVOS.

1. A UNIMED presta serviços privados de saúde, ficando evidenciada, assim sua natureza mercantil na relação com seus associados, ou seja, vende, por meio da intermediação de terceiros, serviços de assistência médica aos seus associados.
2. O fornecimento de serviços a terceiros e de terceiros não-associados, caracteriza-se como atos não-cooperativos, sujeitando-se, portanto, à incidência do Imposto de Renda.
3. Recurso especial provido.

Do voto do Relator, Ministro Castro Meira, interessa destacar o seguinte trecho:

Em resumo: os atos cooperativos não geram receita nem faturamento para a sociedade cooperativa. Portanto, o resultado financeiro deles decorrente não está sujeito à incidência do Imposto de Renda. Cuida-se de uma NÃO-INCIDÊNCIA PURA E SIMPLES, e não de uma norma de isenção. Já os atos não-cooperativos, praticados com não-associados, geram receita à sociedade, devendo o resultado do exercício ser levado à conta específica para que possa servir de base à tributação.

Caracterizada a diferença entre ato cooperativo e não-cooperativo, resta analisar se as atividades desenvolvidas pela ora recorrida – cooperativa de trabalho médico de primeiro grau – pode ser classificada como ato cooperativo, portanto, sem a incidência do Imposto de Renda.

O Fisco autuou a recorrida por ter constatado a prática habitual de atos praticados por terceiros não-cooperados e que não estavam compreendidos entre aqueles permitidos às sociedades cooperativas, atos, assim, que não atendiam aos requisitos previstos nos artigos 85, 86 e 88 da Lei nº 5.764/71. Confirma-se a autuação:

“No caso em tela a UNIMED DE FLORIANÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA., pratica com habitualidade atos com terceiros não cooperados, não compreendidos entre os previstos no diploma legal citado, tais como:

- 1) fornecimento de serviços a terceiros não cooperados, ainda mais;
- 2) fornecimento de serviços de terceiros não associados, como sejam, serviços de laboratórios, hospitais, bem como a cobertura de despesas com diárias, serviços médicos e outros serviços especializados ou não, por não associados, pessoas físicas ou jurídicas.

Tais operações, não se enquadram nem entre os atos cooperativos nem entre os não cooperados, excepcionalmente facultados pela legislação de regência, resultando em modalidade contratual com traços de seguro saúde.

Dessa forma, a empresa não pode usufruir dos benefícios fiscais pertinentes às cooperativas, vez que se inclui no contexto de modelo comercial” (fl. 64).

As sociedades cooperativas não estão sujeitas à tributação, apenas no que se refere aos atos cooperativos peculiares de sua finalidade. In casu, a UNIMED, como bem observou o Fisco, ao destacar que tem “traços de seguro saúde”, presta serviços privados de saúde - ficando evidenciada assim, sua natureza mercantil na relação com seus associados - ou seja, vende, por meio da intermediação de terceiros, serviços de assistência médica aos seus associados.

Ademais, como acima exposto, os atos praticados com terceiros, não-associados, são considerados atos não-cooperativos. No caso concreto, a autuação registrou o fornecimento de serviços a terceiros e de terceiros não-associados, caracterizando-se como atos não-cooperativos, sujeitando-se, portanto, à incidência do Imposto de Renda.

No mesmo sentido, confirmam-se: REsp nº 418.352/SC (Rel. Min. Luiz Fux, DJU de 23.09.02); REsp nº 215.311/MA (Rel. Min. Eliana Calmon, DJ de 10/10/00); REsp nº 746.382/MG (Rel. Min. Humberto Martins, DJ de 9.10.06); e AgRg no REsp nº 751.460/MG, DJ de 13/02/09).

4.2.5. INCIDÊNCIA DE ISS

Como já foi possível observar em tópico anterior, o Superior Tribunal de Justiça também entendeu ser passível de tributação pelo ISS os atos não cooperativos praticados pelas Cooperativas Médicas, tal como a operação de planos de assistência à saúde, como também se extrai da decisão no Recurso Especial nº 875.388/ SP (DJ de 25/10/07), adiante transcrita:

TRIBUTÁRIO. RECURSO ESPECIAL. ISS. COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS. ILEGALIDADE DE AUTO DE INFRAÇÃO. DIREITO LOCAL. SUMULA 280 DO STF. OFENSA AOS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE E DA IRRETROATIVIDADE. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. ATOS NÃO COOPERADOS. INCIDÊNCIA DO ISS SOBRE A TAXA DE ADMINISTRAÇÃO.

1. O ISS não incide sobre os atos praticados pelas cooperativas médicas consistentes no exercício de atividades em prol dos associados que prestam serviços médicos a terceiros (atos cooperados).

2. Deveras, os atos não cooperados, vale dizer, aqueles decorrentes de relação jurídica negocial advinda da venda de planos de saúde a terceiros, sujeitam-se à incidência do ISS, tendo como base de cálculo tão-somente a receita advinda da cobrança da taxa de administração. Isto porque a receita tributável não abrange os valores pagos ou reembolsados aos cooperados, haja vista não constituírem parte do patrimônio da Cooperativa. Exegese do artigo 79, da Lei 5.764/71 c/c os artigos 86 e 87, do mesmo diploma legal (Precedentes desta Corte: REsp 727091/RJ, Segunda Turma, publicado no DJ de 17.10.2005; REsp 487854/SP, Segunda Turma, publicado no DJ de 23.08.2004; e REsp 254549/CE, Primeira Turma, publicado no DJ de 18.09.2000).

3. O eventual inadimplemento quanto ao pagamento de ISS em relação à taxa de administração de alguns contratos, é matéria que se encarta no óbice da Súmula 07, interdita à cognição do STJ.

4. Ressalva do posicionamento no sentido de que essas entidades não exercem qualquer espécie de serviço ou fornecimento de mão-de-obra, mercê de não visarem o fim lucrativo ensejador da incidência. A forma de associação corporativa implica em impor a obrigação tributária aos médicos cooperativados pelos serviços que prestam.

5. Acaso as cooperativas empreendam a venda de planos de saúde com o intuito de lucro devem pagar IOF, excluído, portanto, o ISS, pela ausência de tipicidade do fato gerador e pela interdição de que o mesmo fato possa sustentar duas exações. Ressalva do entendimento do relator.

6. A questão acerca da ilegalidade da lavratura do auto de infração, em virtude do seu embasamento em Decretos Municipais editados posteriormente à ocorrência dos fatos geradores, violando conseqüentemente o art. 144 do CTN, não merece ser conhecida, porquanto, segundo asseverado no voto condutor do aresto recorrido, os referidos Decretos consubstanciam norma procedimental, de caráter meramente regulamentador da lei caracterizadora da hipótese de incidência tributária. Destarte, adentrar a questão implica a análise de legislação municipal, revelando-se incabível a via recursal extraordinária para rediscussão da matéria, ante a incidência da Súmula 280/STF: "Por ofensa a direito local não cabe recurso extraordinário". Ademais, a alegada ofensa aos princípios da legalidade e da irretroatividade encarta matéria constitucional, insuscetível de apreciação pelo E. STJ, porquanto reverter o julgado significaria usurpar competência que, por expressa determinação da Carta Maior, pertence ao Colendo STF, e a competência traçada para este Eg. STJ restringe-se unicamente à uniformização da legislação infraconstitucional.

7. Recurso especial parcialmente conhecido e, nesta parte, parcialmente provido, para afastar a incidência do ISS sobre os atos cooperados praticados

pela recorrente, bem como determinar a incidência da exação, no que tange aos atos não cooperados, tão-somente sobre a taxa de administração, excluindo-se os valores pagos ou reembolsados aos associados.

Como já visto, o ISS incide sobre os serviços de qualquer natureza, desde que arrolados na lista anexa à Lei Complementar nº 116/2003. Verifica-se, portanto, que a atividade das cooperativas é fato gerador do ISS, visto que a contraprestação recebida pela sociedade é o preço do serviço. A ausência de lucro não invalida essa incidência, porque o fato gerador do ISS é a prestação de serviço realizada profissionalmente, e não o lucro.

Sobre o assunto já consolidou opinião o Supremo Tribunal Federal, como se vê a seguir:

Súmula nº 81 - As cooperativas não gozam de isenção de impostos locais, com fundamento na Constituição e nas leis federais.

Assim, considera-se fato gerador do ISS a atividade prestada pelas cooperativas que não se confundem com o rateio direcionado aos cooperados, eis que já fizeram parte da incidência do ISS quando do recolhimento do ISS pelo cooperado.

Logo, o serviço não cooperado prestado pelas cooperativas de serviços, no caso de saúde, é fato gerador do ISS, eis que esta atividade constitui a prestação de um serviço, fundamento primordial para ser definido como base de cálculo do imposto gerado.

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa se baseou na utilização de fonte primária de informações, a partir de dados das demonstrações contábeis, registros de contabilização das Obrigações Legais, pareceres de auditoria independentes, notas explicativas e estudos desenvolvidos pela ANS⁵⁹. Esses dados estão disponíveis na página da ANS na rede mundial de computadores.

Não será utilizado nenhum modelo estatístico, porque a amostra reúne um número pequeno de entidades, apesar de relevante, que concentra quase todo o mercado na modalidade de Cooperativas Médicas. Nesse caso, em termos quantitativos não é aplicável a metodologia de análise estatística.

Dessa forma, a pesquisa tem caráter quantitativo do ponto de vista contábil, pelo que não será necessária escala específica, e sim evidência empírica dos dados contábeis; e qualitativa do ponto de vista da análise de informações econômico-financeiras, pois será dada a visão das Cooperativas Médicas que atuam no mercado.

5.1. PESQUISA EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA

Por se tratar de um mercado com forte assimetria de informações, o caráter da pesquisa será, quanto aos fins, exploratório e descritivo. De acordo com Vergara (1997), a investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado.

Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa.

⁵⁹ Alguns exemplos de estudos desenvolvidos pela ANS são o Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e o Caderno de Informação na Saúde Suplementar.

Cooper e Schindler (2003) informam que a exploração também serve a outros objetivos, citando que a área de investigação pode não ser tão nova, como no caso do mercado regulado de saúde suplementar, que tem 10 anos, e que o pesquisador precisa fazer uma exploração a fim de saber algo sobre o problema enfrentado pelo administrador e outros atores interessados. Além disso, existe a possibilidade do não conhecimento de variáveis importantes e definição sobre seus impactos. Dentro do escopo da pesquisa qualitativa, este trabalho se baseará em análise de documentos e trabalhos publicados, avaliando os registros históricos, demonstrações contábeis e pareceres de auditoria independente.

No mercado de saúde suplementar, o segmento das Cooperativas Médicas, principalmente em relação aos aspectos econômico-financeiros, necessita de trabalhos de pesquisa que demonstrem sua atual situação, visto a sua relevância no universo das operadoras de planos de assistência à saúde.

A pesquisa do tipo descritiva também será abrangida dentro deste estudo, pois, também conforme Vergara (1997) expõe características de determinada população ou fenômeno. Cooper e Schindler (2003) também definem o estudo descritivo, em que o pesquisador tenta descrever ou definir um assunto, normalmente criando um perfil de um grupo de problemas, pessoas ou eventos. Tais estudos podem envolver coleta de dados e criação da distribuição do número de vezes que o pesquisador observa um único evento ou característica.

Portanto, não serão somente os números simples que serão analisados, mas também o registro do passivo fiscal por parte das Cooperativas Médicas.

A metodologia utilizada será o estudo de caso, com foco sobre as 20 maiores Cooperativas Médicas, por receita bruta, pois o mercado de operadoras de planos de assistência à saúde vem recebendo uma abordagem cada vez maior na mídia, o que demanda a produção de estudos técnicos sobre o assunto. Entretanto, mesmo com a produção de trabalhos na área da saúde suplementar, no caso das Cooperativas, em relação à abordagem econômico-financeira, ainda não há um número relevante de estudos, o que fez com que o caráter exploratório da pesquisa fosse o escolhido.

Outro fato importante em relação ao setor, diz respeito ao tratamento contábil das operadoras de planos de assistência à saúde, que está em permanente revisão, o que pode ser observado pelo volume de normas econômico-financeiras produzidas pela ANS. Nesse caso, não somente o peso da regulação específica na área vem aumentando, mas também as mudanças contábeis internacionais, de acordo com as normas do IASB⁶⁰, que são chamadas IFRS⁶¹, cujos impactos na contabilidade brasileira já são evidenciados, e, a partir de 2010, terão influência ainda maior.

Como delimitador deste estudo, o instrumento de coleta de dados denominado Visita Técnica⁶² não será utilizado, apesar de ser uma investigação empírica, com base em testes, realizada na própria sede da operadora. De acordo com Vergara (1997), o local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo pode ser enquadrado nesse tipo de investigação.

⁶⁰ O IASB (International Accounting Standards Board) é o conselho de padrões contábeis internacionais, que substituiu o IASC (International Accounting Standards Committee) em abril de 2001.

⁶¹ As IFRS (International Financial Reporting Standards) são as normas que norteiam o padrão de divulgação financeira internacional. Antigamente, eram chamadas de IAS (International Accounting Standards). As normas IFRS são baseadas em princípios, critérios mais subjetivos e privilegiam a essência sobre a forma.

⁶² A Visita Técnica é um procedimento orientado para promover trabalho em campo, com a finalidade de revisar os processos de controles internos e de governança, verificando a confiabilidade das informações enviadas periodicamente à ANS por meio do DIOPS. A Visita Técnica está regulamentada na Instrução Normativa nº 31, de 8 de setembro de 2009, da DIOPE.

Essa modalidade de trabalho produz um relatório interno da própria Diretoria encarregada pelo acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, encaminhado à empresa com as recomendações de ajustes nas rubricas contábeis. Por se tratar de um modelo cuja dinâmica abrange informações de cunho interno da instituição, não será adotado para este modelo.

Optou-se, no presente estudo, pela utilização apenas de informações de domínio público.

Como parte da definição métrica, serão utilizadas as subcontas dentro do Plano de Contas Padrão da ANS⁶³, que servirão de indicadores numéricos.

5.2. DEFINIÇÃO DA AMOSTRAGEM

Também de acordo com Vergara (1997), este trabalho adotará o tipo de amostra não probabilística, em que o critério de seleção é por tipicidade, ou seja, constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considere representativos da população-alvo, o que requer profundo conhecimento dessa população.

De acordo com Cooper e Schindler (2003), uma população é um conjunto completo de elementos sobre os quais se deseja fazer algumas inferências. As principais razões para se definir uma amostra são:

- i) custo mais baixo;
- ii) maior acuidade de resultados;
- iii) maior velocidade na coleta de dados; e
- iv) disponibilidade de elementos da população.

⁶³ O Plano de Contas Padrão da ANS é o instrumento de registro contábil, definido pela Agência, com objetivos de uniformização das informações econômico-financeiras das operadoras; com isso, visa reduzir a assimetria de informação entre regulador e regulado, na medida em que permite uma avaliação da operadora ao longo do tempo, como também prevê a possibilidade de efetuar estudos comparativos entre essas entidades.

A amostragem escolhida para o trabalho envolve as 20 maiores operadoras do segmento Cooperativas Médicas, segundo o total da receita bruta, com regiões diferenciadas, dentre as que enviaram regularmente as informações determinadas pela ANS, quais sejam: o Documento de Informações Periódicas – DIOPS, trimestral, e parecer dos auditores independentes, com notas explicativas elaboradas, anual, além de outras informações cadastrais, como mudanças na composição societária, número de beneficiários, produtos registrados, área de abrangência etc.

A partir da Receita Bruta das Cooperativas Médicas, com base segundo⁶⁴ trimestre de 2008, foi obtida a seguinte amostra:

Tabela 4 – Amostra das 20 maiores Cooperativas Médicas por Receita Bruta

<i>Cooperativa Médica</i>	<i>Cidade</i>	<i>No. Beneficiários</i>	<i>Receita Bruta (R\$ mil)</i>
Unimed Paulistana – Soc. Coop. de Trab. Méd.	São Paulo	678.478	833.493
Unimed-Rio Coop. Trab. Méd. do RJ	Rio de Janeiro	545.667	708.984
Unimed BH – Coop Trab Med	Belo Horizonte	690.412	552.590
Central Nacional Unimed – Coop Central	São Paulo	717.026	365.040
Unimed Campinas – Coop. Trab. Med	Campinas	484.646	326.180
Unimed Curitiba – Soc. Coop. de Médicos	Curitiba	412.844	302.467
Unimed Porto Alegre – Soc. Coop. Tr. Méd	Porto Alegre	204.906	297.917
Unimed de Fortaleza – Coop. Trab. Med. Ltda	Fortaleza	311.000	247.166
Unimed Vitória – Coop. Trab. Méd	Vitória	257.027	199.416
Unimed de Belém - Coop. de Trab. Méd.	Belém	246.972	198.350
Unimed Nordeste RS – Soc. Coop. Med.	Caxias Sul	206.071	147.238
Unimed do Estado de SP – Fed. Est. Coop. Med	São Paulo	241.641	140.316
Unimed Goiânia – Coop. Trab. Med	Goiânia	200.460	136.783
Unimed de Manaus – Coop. do Trab. Med. Ltda	Manaus	145.557	135.984
Unimed Cuiabá – Coop. Trab. Med	Cuiabá	119.316	131.924
Unimed Recife – Coop Trab Med	Recife	102.611	131.644
Unimed do Estado de SC – Fed. Est. Coop. Méd	Joinville	288.962	131.046
Unimed Florianópolis – Coop. Trab. Méd	Florianópolis	149.160	115.571
Unimed Natal – Soc. Coop. Trab. Med.	Natal	108.433	106.720
Unimed João Pessoa – Coop. Trab. Med.	João Pessoa	106.272	101.256
Total		6.217.461	5.310.085

Obs: A amostra acima contempla 31,29% do total da Receita e 52,32% dos Beneficiários. Fonte: Documento de Informações Periódicas – DIOPS/ANS

⁶⁴ Foi utilizado o segundo trimestre de 2008 porque algumas operadoras apresentaram problemas no envio das demonstrações contábeis do terceiro trimestre do mesmo ano. Para a pesquisa, as bases dos demonstrativos contábeis serão os exercícios findos em 2007 e 2008.

5.3. FONTE E COLETA DE DADOS

As fontes de coleta de dados, de onde serão destacados os principais pontos de forma sintética, serão as seguintes:

- i) Demonstrações Contábeis, contendo Relatório da Administração, Notas Explicativas, Balanço Patrimonial, Demonstração de Resultado, das Origens e Aplicações dos Recursos, das Mutações do Patrimônio Líquido e Fluxo de Caixa;
- ii) Parecer dos Auditores Independentes;
- iii) Relatório de Recomendações e Controles Internos dos auditores independentes, quando existentes;
- iv) Informações oriundas do Documento de Informações Periódicas das Operadoras – DIOPS, regulamentado através do Item 4 do Capítulo I do Anexo I da IN/DIOPE nº 9/2007.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

A partir da leitura das demonstrações contábeis⁶⁵, notas explicativas e pareceres de auditoria independente das Cooperativas selecionadas na amostra, pode-se observar os resultados sintetizados no quadro a seguir sobre quais as operadoras que optaram por contabilizar as obrigações legais na forma prevista na IN/DIOPE Nº 20/2008.

Quadro 1 – Quadro geral da amostra: adoção ou não da IN/DIOPE Nº 20/2008

Cooperativa Médica	Adotou a IN nº 20/2008		Valor (R\$ mil)
	Sim	Não	
Unimed Paulistana – Soc. Coop. de Trab. Méd.		⊕	
<u>Unimed-Rio Coop. Trab. Méd. do RJ</u>	⊕		<u>543.469</u>
Unimed BH – Coop Trab Med		⊕	
Central Nacional Unimed – Coop Central		⊕	
Unimed Campinas – Coop. Trab. Med		⊕	
<u>Unimed Curitiba – Soc. Coop. de Médicos</u>	⊕		<u>491.021</u>
Unimed Porto Alegre – Soc. Coop. Tr. Méd		⊕	
<u>Unimed de Fortaleza – Coop. Trab. Med. Ltda</u>	⊕		<u>343.661</u>
<u>Unimed Vitória – Coop. Trab. Méd</u>	⊕		<u>68.111</u>
<u>Unimed de Belém - Coop. de Trab. Méd.</u>	⊕		<u>48.437</u>
Unimed Nordeste RS – Soc. Coop. Med.		⊕	
<u>Unimed do Estado de SP – Fed. Est. Coop. Med</u>	⊕		<u>17.865</u>
<u>Unimed Goiânia – Coop. Trab. Med</u>	⊕		<u>52.553</u>
<u>Unimed de Manaus – Coop. do Trab. Med. Ltda</u>	⊕		<u>336.563</u>
Unimed Cuiabá – Coop. Trab. Med		⊕	
<u>Unimed Recife – Coop Trab Med</u>	⊕		<u>161.419</u>
Unimed do Estado de SC – Fed. Est. Coop. Méd		⊕	
<u>Unimed Florianópolis – Coop. Trab. Méd</u>	⊕		<u>25.750</u>
<u>Unimed Natal – Soc. Coop. Trab. Med.</u>	⊕		<u>186.974</u>
<u>Unimed João Pessoa – Coop. Trab. Med.</u>	⊕		<u>45.281</u>
<u>Total</u>	<u>12</u>	<u>8</u>	<u>2.321.104</u>
	<u>60%</u>	<u>40%</u>	

⁶⁵ Algumas Cooperativas Médicas optaram por divulgar as demonstrações contábeis em Reais (R\$) e outras em R\$ mil.

Como se extrai do Quadro 1, doze das Cooperativas selecionadas optaram por contabilizar as obrigações legais no modelo previsto na IN/DIOPE nº 20/2008. Foi possível verificar um total de R\$ 2.321.104 mil registrados a título de obrigações tributárias, passivo esse até então oculto nas demonstrações contábeis, assimetria de informação essa que impedia o conhecimento mais acurado sobre a situação econômico-financeira dessas operadoras, em prejuízo para a tomada de decisão dos *stakeholders*, além do próprio regulador.

Cumprе destacar, no entanto, que algumas operadoras se valeram da IN/DIOPE nº 20/2008 para incluir, nesse registro, obrigações que não derivam de passivo tributário. Nesse caso encontra-se a Unimed Rio, que registrou ainda o passivo decorrente de ações cíveis e trabalhistas. De igual modo, as Unimeds Fortaleza, João Pessoa e Recife incluíram, nesse registro, o passivo oriundo dos débitos com Ressarcimento ao SUS. Sobre esse ponto, cumpre chamar a atenção para os possíveis desdobramentos dessa conduta, na medida em que gera uma superavaliação do valor do ativo realizável a longo prazo, além de que abre precedente para que demais Cooperativas tomem esse mesmo caminho.

Por outro lado, vale citar, como boa prática de gestão financeira, a iniciativa da Unimed Vitória, que, na adoção da IN/DIOPE nº 20/2008, não só obteve o aval dos cooperados para o registro das obrigações legais, mas principalmente adotou a medida prudencial de requerer o parcelamento dos tributos perante os órgãos de administração fazendária. De acordo com as Notas Explicativas, item 5 (Apêndice I), a Unimed Vitória registrou R\$ 68.111 mil nas rubricas Passivo Tributário a Receber de Cooperados e Exigível a Longo Prazo. Este parcelamento de tributos refere-se ao débito da Cooperativa do ISS no período de 2004 a 2007, parcelado pelo Município de Vitória em 240 meses com redução de juros e multa, e do

ICMS devido na importação de equipamentos hospitalares no período de 2003 a 2007, parcelados em 120 meses, também com redução de juros e multas.

Outro fato que se pode perceber é uma certa resistência por parte de alguns auditores independentes pela adoção incondicional da IN/DIOPE nº 20/2008. É o que se pode depreender dos pareceres que acompanham as demonstrações contábeis das Unimeds Estado de SP e Recife, em que consta parágrafo de ênfase sobre a adoção desse modelo. No primeiro caso, destaca-se o item 3 do Parecer de Auditoria (Apêndice L), em que a auditoria relata que, para o período de 2004 a 2007 a operadora adotou a IN/DIOPE nº 20/2008, constituindo o valor de R\$ 17.865.277 na rubrica “Conta-Corrente com Cooperados”. Entretanto, entende que se trata de crédito de liquidação duvidosa, recomendando que o mesmo deveria ter sido mantido a débito de Patrimônio Líquido, como “Ajuste de Exercícios Anteriores”. Já quanto às demonstrações contábeis da Unimed Recife, o parecer registra que a realização dos ativos é incerta, haja vista que permanecerão vinculados à efetiva liquidação dos passivos correspondentes.

Passando à análise das Cooperativas que optaram por não contabilizar as obrigações legais na forma da prevista na IN/DIOPE nº 20/2008, vê-se que diversas razões foram alegadas para fundamentar essa tomada de decisão. Dessas oito Unimeds pode-se verificar que o montante total apurado em obrigações legais foi estimado em R\$ 2.057.277 mil. Esses dados foram extraídos de parágrafo de ênfase constante dos pareceres dos auditores independentes. Saliente-se, contudo, que se trata de informação gerada apenas com base em critério subjetivo, em sua maior parte sustentado pelas assessorias jurídicas dessas operadoras sobre a viabilidade ou não de sucesso nas ações judiciais que discutem questões tributárias. Nesse aspecto, vale lembrar que só não cabe a constituição de passivo tributário no caso concreto de

a operadora obter decisão judicial favorável, após transitada em julgado, pelo que não se admite cenários hipotéticos baseados na análise de comportamento da jurisprudência.

Dentre essas Cooperativas, cumpre mencionar o caso da Unimed Nordeste RS, que não adotou a IN/DIOPE nº 20/2008, por entender que as provisões já estão amparadas, na sua maioria, por depósitos judiciais.

Outro ponto que merece relevo é o quadro econômico-financeiro das Unimed Campinas, Cuiabá e Paulistana. Na necessidade de liquidação dessas obrigações legais, essas Cooperativas não terão volume de capital próprio capaz de cobrir esse passivo tributário, o que pode levar a uma situação de patrimônio líquido negativo, demandando, assim, aporte financeiro imediato por parte dos cooperados para cobrir esse déficit. Isso pode, com efeito, causar a redução da rede assistencial, ante a ausência de estímulo para que os prestadores de serviços médicos ingressem no sistema cooperativo.

Cite-se, a exemplo, que, na Unimed Paulistana, os cooperados não optaram pela contabilização das obrigações legais nos moldes da IN/DIOPE nº 20/2008. A partir das informações dos auditores independentes sobre o passivo tributário na ordem de R\$ 1,5 milhão, o monitoramento econômico-financeiro pela ANS apontou para a necessidade de medida saneadora sobre essa operadora, o que se deu pela instauração do regime especial de direção fiscal⁶⁶, de acordo com a Resolução Operacional nº 707, de 17 de setembro de 2009.

⁶⁶ O objetivo do regime especial de Direção Fiscal sobre uma operadora está em proceder ao monitoramento direto de seus atos negociais, com vistas ao saneamento das anormalidades detectadas e à garantia de seu regular funcionamento. A ingerência da ANS, representada por um preposto denominado Diretor Fiscal, nesse caso, volta-se à orientação e supervisão da gestão da operadora, mas, a rigor, sem substituir os administradores em suas funções.

De uma maneira geral as Cooperativas Médicas apresentaram uma pequena melhora de 2007 para 2008, mas apenas a análise dos resultados não é suficiente para concluir que tal fato aconteceu somente devido à contabilização das Obrigações Legais no exigível a longo prazo e no ativo realizável a longo prazo.

Ressalte-se, no entanto, que a IN/DIOPE nº 20/2008 se baseia em modelo que se assemelha a uma ativação de perdas, sob a premissa de que os cooperados são obrigados⁶⁷ a aportar recursos suficientes para cobrir o montante do prejuízo apurado com base na legislação específica das Cooperativas. No entanto, o conceito de ativação de perdas vai de encontro ao previsto na Resolução CFC nº 750, de 29 de dezembro de 1993, que dispõe sobre os Princípios Fundamentais de Contabilidade. Na seção VI, ao tratar do Princípio da Competência, assim determina:

“as receitas e as despesas devem ser incluídas na apuração do resultado do período em que ocorrerem, sempre simultaneamente quando se correlacionarem, independentemente de recebimento ou pagamento.” Ensina, ainda, que “quando existem receitas e despesas pertencentes a um exercício anterior, que nele deixarem de ser consideradas por qualquer razão, os competentes ajustes devem ser realizados no exercício em que se evidenciou a omissão”.

Nesse mesmo sentido, estabelece a Norma Brasileira de Contabilidade - NBC T 10.21:

10.21.1.8 – As sobras líquidas do exercício, após as destinações legais e estatutárias, devem ser postas à disposição da assembleia geral para deliberação e, da mesma forma, as perdas líquidas, quando a Reserva Legal for insuficiente para sua cobertura, serão rateadas entre os associados na forma estabelecida no estatuto social, não devendo haver saldo pendente ou acumulado de exercício anterior, devendo a perda não-suportada por esta reserva ser registrada conforme estabelece o item 10.21.2.7.

⁶⁷ Art. 21, IV da Lei nº 5.764/1971: “O estatuto da cooperativa, além de atender ao disposto no artigo 4º, deverá indicar: /.../ a forma de devolução das sobras registradas aos associados, ou do rateio das perdas apuradas por insuficiência de contribuição para cobertura das despesas da sociedade”.

/.../

10.21.2.7 – As perdas apuradas no exercício, não-cobertas pela Reserva Legal, serão rateadas entre os associados, conforme disposições estatutárias e legais e registradas em conta retificadora do Patrimônio Líquido até deliberação da assembléia geral, em conformidade com a NBC T 3.2 e legislação aplicável e específica do setor.

Assim, se de um lado o registro das Obrigações Legais pelo modelo da ativação de perdas pode ser visto como meio de se dar transparência a um passivo até então oculto, de outro pode sugerir uma forma de gerenciamento de resultados⁶⁸, por reconhecer um ativo em lugar de prejuízo acumulado. Sob esse prisma, a IN/DIOPE nº 20/2008 acaba apenas por autorizar a criação de uma contabilização que resulta numa alteração relevante no âmbito econômico-financeiro, pois influencia diretamente no Patrimônio Líquido das Cooperativas. Nesse sentido, foi possível observar a ressalva feita pelos auditores independentes de que a realização desses ativos é incerta, uma vez que estão vinculados à efetiva liquidação dos passivos correspondentes.

Além disso, de acordo com Iudícibus, Martins e Gelbcke (2007), as obrigações da sociedade perante o Fisco, relativas a impostos e contribuições, são registradas em contas específicas dentro do passivo, obedecendo sempre ao regime de competência, ou seja, registrando-se o tributo incorrido, independentemente da data de recolhimento. No caso da contabilização de PIS e COFINS sobre vendas, os valores das contribuições incidentes serão debitados em contas próprias de resultado, tendo como contrapartida contas do passivo circulante. No caso do ISS sobre vendas de serviços, que é um imposto incidente sobre vendas, deve ser inserido como item redutor da Receita Bruta de Serviços, obtendo-se a Receita Líquida de Serviços. Se

⁶⁸ Conforme Healy e Whalen (1989), embora seja aceito um certo nível de discricionariedade na composição dos relatórios financeiros, a prática deste arbítrio também cria oportunidades para a prática de gerenciamento de resultado. Os autores sustentam que esta prática decorre de vários motivos, dentre eles: i) influenciar a percepção do mercado de ações; ii) aumentar a compensação dos administradores; iii) potencializar a obtenção de empréstimos; iv) evitar a intervenção de reguladores.

houver ISS incidente sobre receitas não operacionais ou outras que não as receitas brutas de vendas, deve ser deduzido especificamente dessas despesas.

Diante dessa conjuntura, uma sugestão de trabalho futuro envolve a análise do impacto das outras rubricas das demonstrações contábeis em conjunto com a adoção do previsto na IN/DIOPE nº 20/2008, além dos reflexos da IN/DIOPE nº 39/2010, uma vez que esta norma tratou de estender por mais um exercício social o que até então era tratado pelo regulador como uma excepcionalidade.

7. CONCLUSÕES

O objetivo geral deste estudo foi mensurar, com base nas demonstrações contábeis, notas explicativas e no parecer dos auditores independentes, as obrigações legais não contabilizadas pelas Cooperativas Médicas do mercado de saúde suplementar, evidenciando uma melhora no processo de regulação, pela utilização de ferramentas específicas, necessárias para aprimorar o acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos de assistência à saúde.

Com o intuito de investigar o problema levantado neste estudo – o registro das Obrigações Legais, ISS, PIS e COFINS, por parte das Cooperativas Médicas, dentro dos preceitos regidos pelo *disclosure*, com o respaldo dado pelo parecer dos auditores independentes e referendado pelos cooperados em assembléia geral ordinária, mensurando o impacto nas demonstrações contábeis destas operadoras – utilizaram-se principalmente duas ferramentas, uma delas no âmbito governamental e outra no âmbito privado: a IN/DIOPE nº 20/2008 e o Parecer dos Auditores Independentes.

Se, por um lado, a bibliografia relacionada à regulação econômica e aspectos específicos do mercado de saúde suplementar apresentou uma gama interessante de artigos e publicações, por outro a literatura disponível que envolve o assunto principal tratado neste estudo, especialmente no que concerne à abordagem econômico-financeira e à análise específica deste segmento de mercado, apresentou-se bastante escassa. Portanto, os fundamentos legais utilizados foram a legislação específica da saúde suplementar, as normas vinculadas ao registro das Obrigações Legais e os conceitos e normativos relacionados aos tributos abordados neste trabalho, que, para todos os efeitos, fundamentam as ações do regulador em

prol da garantia ao atendimento do consumidor e ao alcance de um mercado mais equilibrado e com menos assimetria de informações.

Para atingir o objetivo de estudar o segmento das Cooperativas Médicas, buscou-se analisar a relevância deste segmento dentro do mercado de saúde suplementar, além de pesquisar a questão tributária que envolve o problema levantado, desde a definição dos tributos não registrados pelas Cooperativas Médicas até o panorama jurisprudencial sobre as discussões que envolvem o ato cooperativo e não cooperativo. A partir daí, foi possível verificar que as Cooperativas Médicas entendiam de forma equivocada o registro das Obrigações Legais nas demonstrações contábeis.

Com isso, procurou-se estabelecer um marco inicial no registro das Obrigações Legais por parte das Cooperativas Médicas, ou seja, o regulador publicou a IN/DIOPE nº 20/2008, que permitiu a essas operadoras a transferência do saldo das Obrigações Legais registradas no Passivo Circulante de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo, desde que os cooperados concordassem em assumir a responsabilidade pelo pagamento dessas Obrigações.

Ao final do estudo, que teve como fonte dados de domínio público, relacionadas às demonstrações contábeis, notas explicativas e parecer dos auditores independentes de uma amostra formada pelas 20 maiores Cooperativas Médicas, por receita bruta, foi apurado que 60% dessa amostra adotou a IN/DIOPE nº 20/2008, o que pode ser considerado, em um momento inicial, um patamar significativo. O montante apurado com base nos valores registrados nas demonstrações contábeis foi de **R\$ 2.321.104 mil**, evidenciando o tamanho do impacto dos tributos que sequer eram registrados pelas operadoras desse segmento.

Observou-se, ainda, que as Cooperativas Médicas que não adotaram o previsto na IN/DIOPE nº 20/2008 alegaram uma série de razões para a não adoção da norma, desde o não registro com base no parecer dos advogados que cuidam das causas tributárias dessas sociedades até a contabilização parcial do valor, com o entendimento que o saldo restante não contabilizado apresenta probabilidade de perda remota.

Sobre o não contingenciamento das Obrigações Legais, efetuado por 8 das 20 Cooperativas Médicas incluídas na amostra, o fato de maior destaque é a instauração do regime especial de Direção Fiscal na Unimed Paulistana, Cooperativa Médica que, em 2008, tinha mais de 680 mil beneficiários e receita bruta acima de R\$ 833 milhões. Esse regime especial, através do qual o regulador atua de forma mais incisiva sobre a operadora, tem um ano para ser concluído, e a operadora somente volta à condição de normalidade administrativa ou econômico-financeira caso apresente um plano de recuperação, fundado em premissas concretas e total obediência à legislação.

Resta, assim, afirmar que o mercado parece caminhar no sentido de maior prudência no acompanhamento do registro das Obrigações Legais, dentro das novas regras contábeis, com destaque para a evidenciação contábil, visando reduzir o grau de incerteza e assimetria de informação presta pelas entidades.

No entanto, serve como ponto de reflexão a utilização de uma norma que adotou modelo que se assemelha a uma ativação de perdas, de modo que esse registro, em que pese permitir o conhecimento de um passivo até então oculto, vai de encontro ao disposto nas normas gerais de contabilidade, em particular a Resolução CFC nº 750/93 e Norma Brasileira de

Contabilidade NBC T 10.21, por registrar fato econômico que tem como suporte apenas a declaração dos cooperados de que, se e quando necessário, assumirão o rateio dos prejuízos acumulados, sem, contudo, oferecer garantias patrimoniais para o cumprimento desse compromisso.

7.2. RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Os estudos de solvência econômico-financeira no mercado de saúde suplementar merecerão destaque cada vez maior, já que a dinâmica da regulação acena para exigir, cada vez mais, a transparência das informações do mercado, ante a tendência inafastável de profissionalização de seus agentes.

Especialmente, no tocante ao tema do correto registro contábil e da divulgação das informações presentes nas demonstrações contábeis das operadoras de planos de assistência à saúde necessitará de estudos mais aprofundados, à medida que o mercado caminha na direção de um ambiente mais estruturado, porém mais concentrado.

Dessa maneira, algumas explorações sobre a questão levantada neste trabalho são justificadas, quais sejam:

- i) Necessidade de acompanhamento, por parte do órgão regulador, de forma mais rigorosa do processo do registro das Obrigações Legais relativas aos tributos, pois as Cooperativas Médicas podem alocar valores de outras contingências na rubrica de Ativo Realizável a Longo Prazo, como as trabalhistas, cíveis ou ressarcimento ao SUS, sem a devida separação prevista no Plano de Contas Padrão da ANS;

- ii) Estudos comparativos com os demais segmentos que operam no mercado de saúde suplementar, após atingido o objetivo da correta mensuração das Obrigações Legais por parte das Cooperativas Médicas, com a utilização de modelos estatísticos que visem demonstrar o volume de tributos arrecadados com outras amostras;
- iii) Após a publicação da IN/DIOPE nº 39/2010, que estendeu, até o exercício social de 2009, a possibilidade das Cooperativas Médicas e Odontológicas de transferir, para o Ativo Realizável a Longo Prazo, o valor de Lucros ou Prejuízos Acumulados das Obrigações Legais registradas no Passivo Circulante ou Exigível a Longo Prazo, será importante também uma futura atualização do modelo adotado neste trabalho, para analisar, não somente os impactos das operadoras que adotarem o modelo previsto nesta norma, mas também para realizar um acompanhamento do pagamento dos tributos e dos novos registros daquelas operadoras que efetuaram o previsto na IN/DIOPE nº 20/2008. Por outro lado, faz-se necessária, dentro do tema, uma reflexão profunda sobre a base teórica e técnica que formatou os lançamentos permitidos pelas normas citadas neste item, em especial ao conceito da ativação de perdas, com base no Princípio da Prudência e no Postulado da Entidade, onde os patrimônios da Cooperativa e dos Cooperados não se confundem, onde, sendo apurado um prejuízo superior ao valor suportado pelo Fundo de Reserva, a idéia segue no sentido de aporte financeiro por parte dos cooperados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKAMINE, O. **Unimed 30 anos**. São Paulo. Cartaz Editorial, 1997.

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para Discussão nº 599. Brasília: IPEA, 1998.

ALMEIDA, Marcelo Cavalcanti. **Auditoria**: um curso moderno e completo. Texto, Exemplos e Exercícios Resolvidos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. Rating de planos de saúde e valor do amanhã. Nov. 2007, **SR Journal**. Disponível em: <http://www.srjournal.com.br/port/index.asp?abrir=noticia.asp&cad=15¬ic=2635>. Acesso em: 5 nov. 2007.

ANDRADE, Mônica Viegas. LISBOA, Marcos de Barros. Microeconomia e sociedade no Brasil. In: **A economia da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001, v. 01, p. 285-332.

BAHIA, Lígia. **Padrões e mudanças das relações público-privado**: os planos e seguros saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasil. 1999. Tese de Doutorado.

BALDIWIN, R. e CAVE, M. **Understanding regulation**: theory, strategy and practice. Oxford: Oxford University Press, 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Anuário ANS**: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde, 2006 e 2007.

_____. **Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde, 2006, 2007 e 2008.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde, set e dez./2009.

_____. **Instrução Normativa da DIOPE nº 20, de 2008.** Define a forma de as Operadoras de Planos de Saúde contabilizarem as Obrigações Legais como definidas pela NPC 22 do IBRACON.

_____. **Instrução Normativa da DIOPE nº 39, de 2010.** Acrescenta o art. 4º-A na Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras nº. 20, de 20 de outubro de 2008.

_____. **Resolução Normativa nº 159, de 2007.** Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. 2007.

_____. **Resolução Normativa nº 160, de 2007.** Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. 2007.

_____. **Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa.** IBGC.
www.ibgc.com.br

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.** Brasília, DF: Presidência da República, 1998.

_____. Comissão de Valores Mobiliários. **Deliberação CVM nº 489**, de 03 de outubro de 2005. Aprova o pronunciamento do IBRACON NPC nº 22 sobre Provisões, Passivos, Contingências Passivas e Contingências Ativas. 2005.

_____. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso, 1971.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Congresso, 1998.

_____. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Brasília, DF: Congresso, 2000.

_____. **Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976**. Dispõe sobre as Sociedades por Ações., Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 Dez., 1976.

_____. **Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998**. Altera a legislação tributária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 Nov., 1998.

_____. **Lei nº 11.638, de 28 de dezembro de 2007**. Altera e revoga dispositivos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, e da Lei nº 6.385, de 7 de dezembro de 1976, e estende às sociedades de grande porte disposições relativas à elaboração e divulgação de demonstrações financeiras, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 Dez., 2007.

_____. **Lei nº 11.727, de 23 de junho de 2008.** Dispõe sobre medidas tributárias, altera leis e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 Jun., 2008.

_____. **Lei nº 11.941, de 27 de maio de 2009.** Altera a legislação tributária federal relativa ao parcelamento ordinário de débitos tributários; concede remissão nos casos em que especifica; institui regime tributário de transição, alterando o Decreto no 70.235, de 6 de março de 1972, as Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.218, de 29 de agosto de 1991, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 9.469, de 10 de julho de 1997, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 10.426, de 24 de abril de 2002, 10.480, de 2 de julho de 2002, 10.522, de 19 de julho de 2002, 10.887, de 18 de junho de 2004, e 6.404, de 15 de dezembro de 1976, o Decreto-Lei no 1.598, de 26 de dezembro de 1977, e as Leis nos 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 10.925, de 23 de julho de 2004, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 11.116, de 18 de maio de 2005, 11.732, de 30 de junho de 2008, 10.260, de 12 de julho de 2001, 9.873, de 23 de novembro de 1999, 11.171, de 2 de setembro de 2005, 11.345, de 14 de setembro de 2006; prorroga a vigência da Lei no 8.989, de 24 de fevereiro de 1995; revoga dispositivos das Leis nos 8.383, de 30 de dezembro de 1991, e 8.620, de 5 de janeiro de 1993, do Decreto-Lei no 73, de 21 de novembro de 1966, das Leis nos 10.190, de 14 de fevereiro de 2001, 9.718, de 27 de novembro de 1998, e 6.938, de 31 de agosto de 1981, 9.964, de 10 de abril de 2000, e, a partir da instalação do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais, os Decretos nos 83.304, de 28 de março de 1979, e 89.892, de 2 de julho de 1984, e o art. 112 da Lei no 11.196, de 21 de novembro de 2005; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 Mai, 2009.

_____. **Lei Complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991.** Institui contribuição para financiamento da Seguridade Social, eleva a alíquota da contribuição social sobre o lucro das instituições financeiras e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 Dez., 1991.

_____. **Lei Complementar nº 116, de 31 de julho de 2003.** Dispõe sobre o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, de competência dos Municípios e do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 Jul/2003.

BROM, Luiz Guilherme. **Análise de Investimentos e Capital de Giro:** Conceitos e Aplicações. São Paulo: Saraiva, 2007.

CAMARGOS, Mario Antônio. **O Ato Cooperativo e suas implicações tributárias.** Portal Jurídico. Disponível em: <http://www.marioantonio.com.br/ato_cooperativo.doc.html>
Acesso em: 03 fev. 2010

CARVALHO, Eurípedes Balsanufó; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil:** a reconstrução de uma história de disputas. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23 (9): 2167-2177, set/2007.

CHOLLET, D. J. & LEWIS, M. *Private insurance: principles and practice.* Washington DC, World Bank. Artigo apresentado na Conferência *Inovations in health care financing*, realizada em 10 e 11 de março de 1997.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas:** o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1994.

- COOPER, Donald R. SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- COSTA, Nilson do Rosário, RIBEIRO, José Mendes. **A Política regulatória e o setor de saúde**: nota sobre o caso brasileiro . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde – Texto 4.
- COUTINHO, Paulo C., OLIVEIRA, André R. **Regulação prudencial e concorrência do setor bancário**. Revista de Direito Econômico nº 29. Brasília, jan-jul/1999.
- CUTLER, D., ZECKHAUSER, R. **The anatomy of health insurance**. In: Culyer e Newhouse (orgs.), Handbook of Health Economics. Amsterdam: North-Holland Press, p. 563-643, 2000.
- DAS NEVES, Silvério; VICECONTI, Paulo E. **Contabilidade Avançada e análise das demonstrações Financeiras**. São Paulo: Frase Editora, 2005. 710 p.
- DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **A assistência médica suplementar no Brasil: *história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed***. Campinas, SP: Unicamp. 2001. p. 363-393.
- FABRETTI, Laudio Camargo. **Incorporação, fusão, cisão e outros eventos societários: tratamento jurídico e contábil**. São Paulo: Atlas, 2001.
- FIANI, Ronaldo. **Teoria da regulação econômica**: estado atual e perspectivas futuras. Rio de Janeiro, Instituto de Economia - UFRJ, 1998. Texto para Discussão n. 423.

FLORENCIO, L. P. **Setor privado de assistência à saúde**. Belo Horizonte, 2006.

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2006. Dissertação de Pós-Graduação em Saúde Pública.

GODOY, M, SILVA, E. e Neto, G. **Plano de saúde e teoria da informação assimétrica**.

UFRGS. XXVIII Encontro da ANPAD, 2004 – sep.org.br.

GÓIS, Antônio. **Operadoras de saúde não provam solidez**. Folha de São Paulo, 05 jul.

2007, Caderno D.

GREENBERG, W.: **The health care marketplace**. New York: Springer, 1996.

HEALY, P. e WHALEN, J. M. A review of earnings management literature and its implications for standard setting. **Accounting horizons**, v. 13 (4), p. 365-383, 1989.

IUDÍCIBUS, S. de. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Atlas. 1998. 336 p.

IUDÍCIBUS, S.; LOPES, A. B. **Teoria Avançada da Contabilidade**. São Paulo: Atlas, 2004.

IUDÍCIBUS, S. de; MARTINS, E.; GELBCKE, Ernesto Rubens. **Manual de Contabilidade das Sociedades por Ações**. 7. ed. São Paulo: Atlas. 2007. 650 p.

KORNIS, George, SICSÚ, Bernardo. **Sistema privado de seguro saúde**: a influência da competição empresarial na saúde coletiva. Abrasco, 2000. 15 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/abrangenciadaregulacao.asp>

MATARAZZO, Giancarlo Chamma. **MP 449/08: o Regime Tributário de Transição e a convergência para os padrões internacionais contábeis**. São Paulo: Pinheiro Neto Advogados, 2009.

MATARAZZO, Dante Carmine; PESTANA, Armando Oliveira. **Análise Financeira de Balanços**. São Paulo : Atlas, 2000.

MATARAZZO, Giancarlo Chamma. JUNIOR, Jorge Ney F. Lopes. **Lei 11.941/09: o RTT e a harmonização do padrão contábil brasileiro**. São Paulo: Anexo Biblioteca Informa – Pinheiro Neto Advogados, 24 de maio – 30 de maio, 2009.

MEDICI, A. C. **Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no brasil**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p 79-115, 1992.

MELO, R. M. B. de. **Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

NEGRI, Barjas. DI GIOVANNI, Geraldo. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2001

OCKÉ-REIS, C.O. **A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de benchmarks**. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. Texto para Discussão nº 1075.

OCKÉ-REIS, C.O. **Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. Temas Livres.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Controladoria Básica**. São Paulo: Thomson Learning, 2004.

PADUAN, Roberta. ***Quem ganha dinheiro com saúde?*** Portal Exame, dec. 2004. Disponível em: <<http://portalexame.abril.com.br/revista/exame/edicoes/0833/negocios/m0051486.html>>

Acesso em: 13 nov. 2007.

PEREIRA, Carlos. **O Marco Regulatório no setor de saúde suplementar**: contextualização e perspectivas. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003. Formulação de Políticas Públicas para o Setor de Saúde Suplementar no Brasil. Projeto de Cooperação Técnica Internacional 914 BRA 1078.

POLONIO, Wilson Alves. **Manual das Sociedades Cooperativas**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PORTER, Michael; Olmsted Teisberg, E. **Redifining health care**: creating value-based competition on results. Harvard Business School Press, 2006.

_____. **Tributação das Cooperativas**, Setembro de 2008. Disponível em: <<http://www.ambito-juridico.com.br/pdfsGerados/artigos/3131.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2009.

ROSS, S. A.; WESTERFIELD, R. W.; e JAFFE, J. F. **Administração Financeira**. São Paulo: Atlas, 2002.

SALGADO, Lúcia. Helena. **Agências reguladoras na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional**. Rio de Janeiro: IPEA, 2003. Texto para discussão n. 241.

SALLES e SANTOS. A evolução da solvência, das provisões técnicas e da técnica atuarial: uma visão técnico-jurídica. **Caderno de seguros da FUNENSEG**, Rio de Janeiro: FUNENSEG, 123 (24): 27-34, mar/2004.

SALOMÃO FILHO, C. **Regulação da atividade econômica: princípios e fundamentos jurídicos**. São Paulo: Malheiros, 2001.

SATO, Fabio Ricardo Loureiro. **A teoria da Agência no setor de saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil**. RAP. Rio de Janeiro 41 (1): 49-62, jan-fev/2007.

TEIXEIRA, Aluísio. **Mercado e imperfeições do mercado: o caso da assistência suplementar**. Cadernos de saúde suplementar: 2º ciclo de oficinas, Rio de Janeiro: ANS, p. 4-22, out-dez/2001.

VEGA, A.H., CORUGEDO DE LAS CUEVAS, I. e SEÑARIS, J.L.: **Economía de la Salud**. Madrid: Ediciones Pirâmide, 2000.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. São Paulo. Atlas. 1997.

VILLELA, A.; MACIEL, C. S. **A regulação da infra-estrutura econômica: experiência internacional**. Brasília, IPEA, 1999. Texto para discussão, n.684

APÊNDICE A

Unimed Paulistana Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Paulistana

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	355.192.736	277.429.473	PASSIVO	355.192.736	277.429.473
<i>Circulante</i>	<i>259.792.099</i>	<i>207.563.333</i>	<i>Circulante</i>	<i>306.175.370</i>	<i>255.770.548</i>
Disponível	8.566.582	514.734	Provisões Técnicas	83.210.493	56.333.339
Realizável	251.225.517	207.048.598	Eventos a Liquidar	113.576.931	124.841.894
<i>Não Circulante</i>	<i>95.400.637</i>	<i>69.866.140</i>	Outros	109.387.946	74.595.315
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>57.344.243</u>	<u>31.128.208</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>29.814.183</i>	<i>14.589.127</i>
Permanente	38.056.394	38.737.932	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>28.380.759</u>	<u>12.962.378</u>
Investimentos	2.313.494	2.313.494	Resultado Diferido	1.433.424	1.626.748
Imobilizado	34.412.224	35.022.639	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>19.203.183</i>	<i>7.069.798</i>
Intangível	1.330.676	1.401.799			

Quadro 1 – Indicadores de Desempenho da Unimed Paulistana

Unimed Paulistana	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,95	0,89	6,74
Liquidez Corrente	0,85	0,81	4,94
Endividamento	17,42	38,02	(54,18)
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(46.383)	(48.207)	3,78

Auditor: Grunitzky Auditores Independentes S/S

Parecer de Auditoria

4) A Cooperativa vem discutindo a incidência de tributos federais e municipal e outras contingências, cujo montante em 31 de dezembro de 2008, de acordo com levantamento realizado, é de R\$1.508.171.511. Conforme detalhado na nota explicativa nº 13, o montante estimado como possível pela administração desta Cooperativa é de R\$ 696.755.218. Caso a Cooperativa não logre êxito nas demandas administrativas e judiciais, sua situação patrimonial será afetada em exercícios futuros, de acordo com o desfecho de cada demanda.

6) As demonstrações contábeis foram preparadas no pressuposto da continuidade normal dos negócios da Cooperativa. O plano de recuperação⁶⁹ apresentado à ANS está sob judice. Sua aprovação está vinculada à constituição de provisão relativa a tributos devidos relativos a exercícios anteriores, sendo que o não atendimento da exigência determinada pela Agência de contabilizá-los poderá acarretar em recomendação de instauração de regime especial de direção fiscal. Os cooperados, reunidos em assembléia geral específica, deliberaram pela não aprovação do registro contábil dos tributos, nem pela ativação de igual montante, conforme permissão concedida pela Agência, excepcionalmente para este exercício de 2008, conforme mencionado na nota explicativa no 13, letra a7.

Notas Explicativas

13c) Adoção da Instrução Normativa nº 20 – A ANS editou em 20/10/08 a IN no 20, que exige das Cooperativas de Saúde o cumprimento da NPC 22 do IBRACON, no que se refere ao reconhecimento das contingências passivas, descritas nesta nota explicativa, permitindo somente no fechamento do balanço deste exercício, ativar tais valores, de forma que ficasse registrado como Crédito a Receber de Longo Prazo de seus Cooperados. Em 12/02/09, por meio de uma AGE, os cooperados deliberaram pela não contabilização segundo os ditames da IN 20, ficando a administração impossibilitada do cumprimento de tal normativo.

⁶⁹ Sempre que detectadas anormalidades econômico-financeiras, a DIOPE informará à operadora e concederá prazo mínimo de 30 dias para que ela apresente e documente as soluções implementadas para as anormalidades detectadas. A critério da operadora, poderá ser apresentado um plano de recuperação, no prazo máximo de trinta dias, prorrogáveis por apenas mais trinta, por decisão motivada pela DIOPE, contendo projeções, mês a mês, de sobras de caixa operacionais, de alienação de ativos não operacionais e/ou aportes de recursos próprios que equacionem a anormalidade econômico-financeira detectada pela DIOPE. Resolução Normativa nº 199, de 7 de agosto de 2009.

APÊNDICE B

Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Rio (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	922.003	363.557	PASSIVO	922.003	363.557
<i>Circulante</i>	<i>220.678</i>	<i>240.994</i>	<i>Circulante</i>	<i>203.599</i>	<i>184.517</i>
Disponível e Equiv Caixa	66.706	68.316	Provisões Técnicas	57.433	51.925
Realizável	153.972	172.678	Eventos a Liquidar	70.770	57.611
<i>Não Circulante</i>	<i>701.325</i>	<i>122.563</i>	Tributos e Contribuições	20.333	12.319
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>607.827</u>	<u>30.547</u>	Outros	55.063	62.662
Permanente	93.498	92.016	<i>Não Circulante</i>	<i>585.852</i>	<i>49.591</i>
Investimentos	8.650	6.613	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>585.852</u>	<u>49.591</u>
Imobilizado	69.065	66.079	<i>Patrimônio Social</i>	<i>132.552</i>	<i>129.449</i>
Intangível / Diferido	15.783	19.324			

Quadro 2 – Indicadores de Desempenho da Unimed Rio

Unimed-Rio	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,05	1,07	(1,87)
Liquidez Corrente	1,08	1,31	(17,56)
Endividamento	5,96	1,81	229,28
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	17.079	56.477	(69,76)

Auditor: Walter Heuer Auditores Associados

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN/DIOPE nº 20/2008.

Notas Explicativas

2g) Neutralidade para fins tributários da aplicação inicial da Lei no 11.638/07 e da Medida Provisória no 449/08 – Unimed-Rio optou por não aplicar o RTT (Regime Tributário de Transição) instituído pela MP no 449/08, por meio do qual as apurações de IRPJ, CSLL, PIS e COFINS, para o biênio 2008-2009, continuam a ser determinadas pela Lei no 6.404/76.

8) Foram contabilizados no ano de 2008 R\$ 543.469 (R\$ 517.026 Tributárias e R\$ 26.443 Cíveis e Trabalhistas) referentes a Contingências Tributárias, Cíveis e Trabalhistas, sendo a responsabilidade do pagamento transferida aos cooperados, conforme aprovação em 16/12/08 em AGE, considerando o previsto na IN 20/08 e no Ofício Circular 005/2008/DIOPE, emitidos pela ANS.

APÊNDICE C

Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed BH (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	659.396	583.770	PASSIVO	659.396	583.770
<i>Circulante</i>	<i>430.412</i>	<i>407.096</i>	<i>Circulante</i>	<i>214.146</i>	<i>206.108</i>
Disponível	42.846	118.732	Provisões Técnicas	90.181	81.348
Realizável	387.566	288.364	Eventos a Liquidar	66.061	78.418
<i>Não Circulante</i>	<i>228.984</i>	<i>176.674</i>	Tributos a Recolher	32.710	21.833
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>60.711</u>	<u>46.409</u>	Outros	25.194	24.509
Investimentos	13.637	9.901	<i>Não Circulante</i>	<i>79.903</i>	<i>65.613</i>
Imobilizado	138.746	111.349	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>79.903</u>	<u>65.613</u>
Intangível / Diferido	15.890	9.015	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>365.347</i>	<i>312.049</i>

Quadro 3 – Indicadores de Desempenho da Unimed BH

Unimed BH	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,67	1,67	-
Liquidez Corrente	2,01	1,98	1,52
Endividamento	0,80	0,87	(8,05)
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	216.266	200.988	7,60

Auditor: Delloite Touche Tohmatsu

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN/DIOPE nº 20/2008.

Notas Explicativas

15) Depósitos Judiciais e Provisão para Contingências - as Provisões para Contingências correspondem, substancialmente, aos processos administrativos e/ou judiciais questionando a ilegalidade e/ou inconstitucionalidade da cobrança de tributos pelo fisco e foram calculadas e contabilizadas com base na metodologia de cálculo de cada tributo, em conformidade com a legislação vigente e os pareceres dos consultores jurídicos da Cooperativa.

a) IR e CSLL – Foi impetrado mandado de segurança visando suspender a exigibilidade destes dois tributos sobre o ato cooperativo principal. Os valores foram depositados em juízo e foram devidamente provisionados pelo fato de serem considerados uma obrigação legal.

b) foi concedida liminar para suspensão do pagamento do PIS sobre os valores exclusivamente repassados aos médicos cooperados, no período de novembro de 1999 a dezembro de 2001, sendo esses valores atualizados pelos juros previstos até a presente data, não sendo exigido depósito judicial para este fim.

APÊNDICE D

Central Nacional Unimed – Cooperativa Central

Demonstrações Contábeis da Central Nacional Unimed (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	236.325	213.243	PASSIVO	236.325	213.243
<i>Circulante</i>	<i>153.988</i>	<i>134.225</i>	<i>Circulante</i>	<i>138.482</i>	<i>127.355</i>
Disponível	2.642	2.769	Provisões Técnicas	78.124	74.895
Realizável	151.346	131.456	Eventos a Liquidar	11.087	8.387
<i>Não Circulante</i>	<i>82.337</i>	<i>79.018</i>	Outros	49.271	44.073
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>62.336</u>	<u>60.469</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>97.843</i>	<i>85.888</i>
Investimentos	2.702	2.114	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>28.918</u>	<u>27.903</u>
Imobilizado	14.185	13.876	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>68.925</i>	<i>57.985</i>
Intangível	3.114	2.559			

Quadro 3 – Indicadores de Desempenho da Central Nacional Unimed

Central Nacional Unimed	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,29	0,91	41,76
Liquidez Corrente	1,11	1,05	5,71
Endividamento	2,43	3,68	(33,97)
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	15.506	6.870	125,71

Auditor: KPMG Auditores Independentes

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN/DIOPE nº 20/2008.

Notas Explicativas

12) Provisões e valores e bens (depósitos judiciais) – a) Fiscais – ISS: A Cooperativa foi autuada pelo não recolhimento do ISS sobre as receitas com contraprestações relativas ao período de 1998 a 2000 que a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) julga devido. A Administração, por considerar indevida a pretensão da PMSP, com fundamento na doutrina e entendimento jurisprudencial da Corte Superior (STJ) sobre a base de cálculo do imposto para operadora de plano de saúde (incidência somente sobre a taxa de administração e não sobre o valor total da fatura), vem contestando a autuação na esfera administrativa, mas, não obstante, deliberou, no exercício de 2007, constituir provisão para fazer face a eventuais pagamentos que possam ser requeridos ao final das discussões. A provisão constituída foi calculada com base na aplicação de alíquota de 5% para o período de 1998 a 2000 e 2% para o período de 2004 a 2008 sobre o valor das contraprestações, deduzido dos eventos indenizáveis pagos. A administração e seus advogados entendem que o período de 2001 a 2003 encontra-se prescrito e, portanto, nenhuma provisão foi constituída. A provisão total monta a R\$20.775(R\$18.903 em 2007), o valor do imposto, no montante R\$690 (R\$9.088 em 2007) foi registrado na conta de “Tributos diretos de operações de assistência à saúde” e os encargos financeiros, no montante de R\$1.182 (R\$9.815 em 2007), na rubrica “despesas financeiras”. Para garantia do pagamento do valor do auto de infração recebido, a Cooperativa vinculou cartas de fiança bancária no montante de R\$13.784.

APÊNDICE E

Unimed Campinas – Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Campinas (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	424.914	365.627	PASSIVO	424.914	365.627
<i>Circulante</i>	<i>142.456</i>	<i>142.668</i>	<i>Circulante</i>	<i>106.463</i>	<i>102.326</i>
Disponível	33.065	41.920	Provisões Técnicas	33.902	32.337
Realizável	109.391	100.748	Eventos a Liquidar	41.490	41.028
<i>Não Circulante</i>	<i>282.458</i>	<i>222.959</i>	Outros	31.071	28.961
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>264.734</u>	<u>207.766</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>286.557</i>	<i>234.809</i>
Investimentos	5.493	4.139	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>286.557</u>	<u>234.709</u>
Imobilizado	12.231	11.054	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>31.894</i>	<i>28.592</i>

Quadro 5 – Indicadores de Desempenho da Unimed Campinas

Unimed Campinas	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,04	1,04	-
Liquidez Corrente	1,34	1,39	(3,60)
Endividamento	12,32	11,79	4,50
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	35.993	40.342	(10,78)

Auditor: BDO Trevisan Auditores Independentes

Parecer de Auditoria

4) Conforme mencionado na nota explicativa nº 15.3, questões tributárias, cíveis e trabalhistas totalizando R\$1.046.105 mil vêm sendo discutidas judicialmente pela Cooperativa. Em 31/12/08, a provisão constituída para fazer face às perdas ou desembolsos julgados prováveis com essas questões totaliza R\$286.547 mil, dos quais R\$213.573 mil estão amparados por depósitos judiciais e valores aplicados em garantia de fianças bancárias, além de bens do ativo imobilizado.

Notas Explicativas

15) Depósitos Judiciais e Provisão para Contingências

15.3) Perdas possíveis e remotas não provisionadas no Balanço: a Cooperativa tem ações de natureza tributária, cível, trabalhista e outros, envolvendo riscos de perda não classificados como prováveis, com base na avaliação de seus consultores jurídicos, para as quais, consoante as práticas contábeis adotadas no Brasil, não há provisão constituída. Em relação aos valores tributários, o montante é de R\$1.030.857, com apenas R\$ 274.123 provisionados em 2008 (R\$756.734 não provisionados).

APÊNDICE F

Unimed Curitiba – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Curitiba (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	767.874	229.381	PASSIVO	767.874	229.381
<i>Circulante</i>	<i>232.191</i>	<i>150.738</i>	<i>Circulante</i>	<i>106.663</i>	<i>85.197</i>
Caixa e Equivalente Caixa	150.912	97.793	Provisões Técnicas	35.478	24.366
Realizável	81.279	52.945	Eventos a Liquidar	46.442	40.728
<i>Não Circulante</i>	<i>535.683</i>	<i>78.643</i>	Outros	24.743	20.103
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>517.036</u>	<u>64.826</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>600.537</i>	<i>564.886</i>
Investimentos	7.649	5.233	<u>Tributos e Contribuições</u>	<u>535.408</u>	<u>513.447</u>
Imobilizado	9.362	8.068	Outros	65.129	51.439
Intangível	1.636	516	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>60.674</i>	<i>(420.702)</i>

Quadro 6 – Indicadores de Desempenho da Unimed Curitiba

Unimed Curitiba	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,06	0,33	221,21
Liquidez Corrente	2,18	1,77	23,16
Endividamento	11,66	pass descob	-
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	125.528	65.541	91,53

Auditor: Delloite Touche Tohmatsu

Parecer de Auditoria

5) Conforme mencionado na Nota Explicativa nº 10, a Cooperativa registrou o valor de R\$491.021 mil na rubrica de créditos com cooperados, conforme previsto na Instrução Normativa nº 20, emitida em 20 de outubro de 2008 pela ANS. Considerando que não houve integralização de recursos por parte dos cooperados e, portanto, caracteriza-se como capital a integralizar, em 31/12/08 o patrimônio líquido está aumentado neste mesmo montante.

Notas Explicativas

10) Com base nas diretrizes da IN 20 da ANS e nos moldes do Estatuto Social em seus artigos 8º, parágrafo único, art. 60º, parágrafo único, a Cooperativa, por meio de aprovação em AGE realizada em 10/12/08, aprovou o registro de contas a receber com os cooperados correspondentes ao passivo tributário no valor de R\$491.021 mil. A composição deste passivo tributário está apresentada na Nota Explicativa no 17.

17) Composição: ISS Refic – R\$339.167; Tributos e Contribuições Federais – R\$151.854; ISS a recolher s/ Faturamento – R\$86.382; (-) Depósitos Judiciais – R\$(86.382).

APÊNDICE G

Unimed Porto Alegre – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Demonstrações Contábeis da Unimed Porto Alegre (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	276.615	237.698	PASSIVO	276.615	237.698
<i>Circulante</i>	<i>145.841</i>	<i>130.547</i>	<i>Circulante</i>	<i>113.164</i>	<i>98.009</i>
Aplicações	84.468	26.451	Provisões Técnicas	50.103	37.788
Créditos de Ops com Plano	36.335	39.721	Eventos a Liquidar	34.856	35.835
Outros	25.038	64.375	Outros	28.205	24.386
<i>Não Circulante</i>	<i>132.774</i>	<i>107.151</i>	<i>Não Circulante</i>	<i>110.561</i>	<i>94.481</i>
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>98.992</u>	<u>78.776</u>	<u>Provisão Contingências</u>	<u>83.750</u>	<u>67.816</u>
Investimentos	7.739	6.713	Financiamento Tributos	26.811	26.665
Imobilizado	18.176	14.607	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>54.890</i>	<i>45.208</i>
Intangível / Diferido	7.867	7.055			

Quadro 7 – Indicadores de Desempenho da Unimed Porto Alegre

Unimed Porto Alegre	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,09	1,09	-
Liquidez Corrente	1,29	1,33	(3,01)
Endividamento	4,08	4,26	(4,23)
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	32.677	32.538	0,43

Auditor: Charneski

Parecer de Auditoria

6) Enfatizamos que a Norma Profissional de Contabilidade – NPC 22, emitida pelo IBRACON – Instituto dos Auditores Independentes do Brasil – recomenda que sejam provisionadas as contingências passivas cuja perda seja considerada provável. Como referido na Nota 14, a Unimed Porto Alegre é parte passiva em processos tributários, trabalhistas e cíveis, para os quais os assessores jurídicos classificam, para 2008, os maiores valores como de perda possível e remota. Para os processos tributários, que mantém depósito judicial – R\$81.196 mil (2007 – R\$62.984 mil – Nota 7) – constituiu provisão em valor equivalente, em que pese nem todos, na opinião dos assessores jurídicos refletirem expectativas de perdas no mesmo valor, conforme Nota 14. Para os processos de natureza trabalhista e cível, a provisão constituída alcança os valores de expectativa de perda provável.

Notas Explicativas

14) Contingências – as provisões para suportar eventuais perdas, bem como os depósitos judiciais relacionados (apresentados na Nota 6), caso confirmadas as expectativas dos assessores jurídicos quanto às perdas prováveis, estariam a maior em aproximadamente R\$50 milhões. Conservadoramente, porém, a Administração da Cooperativa optou por manter esse valor como provisão, sem reversão para o resultado e patrimônio líquido.

APÊNDICE H

Unimed de Fortaleza – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Demonstrações Contábeis da Unimed de Fortaleza (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	562.407	195.479	PASSIVO	562.407	195.479
<i>Circulante</i>	<i>103.731</i>	<i>87.135</i>	<i>Circulante</i>	<i>110.797</i>	<i>98.837</i>
Disponível	3.836	1.971	Provisões Técnicas	19.538	17.852
Realizável	99.895	85.164	Eventos a Liquidar	57.065	50.297
<i>Não Circulante</i>	<i>458.676</i>	<i>108.344</i>	Outros	34.194	30.688
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>356.736</u>	<u>14.194</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>353.718</i>	<i>8.328</i>
Imobilizado	89.226	82.106	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>353.575</u>	<u>7.610</u>
Outros	12.714	12.044	Resultado Diferido	143	718
			<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>97.892</i>	<i>88.314</i>

Quadro 8 – Indicadores de Desempenho da Unimed de Fortaleza

Unimed de Fortaleza	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,99	0,95	4,21
Liquidez Corrente	0,94	0,88	6,82
Endividamento	4,74	1,21	291,74
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(7.066)	(11.702)	39,62

Auditor: Dominus Auditoria, Consultoria e Treinamento S/S

Parecer de Auditoria

7) No exercício de 2008, conforme mencionado na Nota Explicativa no 15, por força da IN DIOPE no 20/2008 da ANS, foi reconhecido contabilmente o valor relativo às contingências tributárias, que menciona o art. 4º daquele ato normativo.

Notas Explicativas

15) Passivo Não Circulante – Contingências Tributárias - ...Tal procedimento é resultado das deliberações ocorridas na AGE realizada em 08/12/08. As deliberações desta Assembléia possibilitaram, nos termos da citada IN DIOPE 20/08, o reconhecimento das Obrigações Legais em contrapartida ao ARLP, como créditos a receber de cooperados, perfazendo o montante de R\$343.661 mil, atualizados até 31/12/08. Foram também incluídos os valores referentes ao Ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar.

APÊNDICE I

Unimed Vitória Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Demonstrações Contábeis da Unimed Vitória (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	251.758	155.632	PASSIVO	251.758	155.632
<i>Circulante</i>	<i>79.675</i>	<i>65.954</i>	<i>Circulante</i>	<i>76.671</i>	<i>68.235</i>
Disponível	5.345	3.000	Provisões Técnicas	25.378	17.037
Realizável	74.330	62.954	Eventos a Liquidar	26.263	29.029
<i>Não Circulante</i>	<i>172.083</i>	<i>89.678</i>	Outros	25.030	22.169
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>86.980</u>	<u>6.266</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>92.164</i>	<i>40.962</i>
Investimentos	4.396	2.967	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>90.739</u>	<u>38.937</u>
Imobilizado	78.393	77.576	Resultado Diferido	1.425	2.025
Intangível / Diferido	2.314	2.870	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>82.923</i>	<i>46.435</i>

Quadro 9 – Indicadores de Desempenho da Unimed Vitória

Unimed Vitória	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,00	0,67	49,25
Liquidez Corrente	1,04	0,97	7,22
Endividamento	2,02	2,31	(12,55)
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	3.004	(2.281)	231,70

Auditor: Walter Heuer Auditores Independentes

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN/DIOPE nº 20/2008.

Notas Explicativas

05) Apresentação Analítica dos Principais Grupos de Contas – item g) Realizável a Longo Prazo – O Passivo Tributário a Receber de Cooperados refere-se às Obrigações Legais e tributárias provisionadas nos termos da Instrução Normativa nº 20 da ANS, cuja responsabilidade pelo pagamento foi assumida pelos Cooperados na Assembléia Geral Extraordinária realizada em 10/11/08. O parcelamento de tributos a receber de cooperados refere-se ao débito da Cooperativa do ISS no período de 2004 a 2007, parcelado pelo Município de Vitória em 240 meses com redução de juros e multa, e do ICMS devido na importação de equipamentos hospitalares no período de 2003 a 2007, parcelados em 120 meses, também com redução de juros e multa. A responsabilidade pelo pagamento destes parcelamentos foi assumida pelos Cooperados na AGE realizada em 07 de julho de 2008.

APÊNDICE J

Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Belém

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	185.991.762	78.776.684	PASSIVO	185.991.762	78.776.684
<i>Circulante</i>	<i>83.442.643</i>	<i>55.142.225</i>	<i>Circulante</i>	<i>99.416.032</i>	<i>65.540.745</i>
Disponibilidades	30.939.840	25.180.858	Provisões Técnicas	21.951.031	12.508.059
Créditos de Ops com Plano	41.404.385	19.261.084	Eventos a Liquidar	38.761.662	27.576.196
Outros	11.098.418	10.700.283	Outros	38.703.339	25.456.490
<i>Não Circulante</i>	<i>102.549.119</i>	<i>23.634.459</i>	<i>Não Circulante</i>	<i>75.085.193</i>	<i>47.472.448</i>
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>50.569.757</u>	<u>1.793.304</u>	<u>Provisão Contingências</u>	<u>49.122.877</u>	<u>44.687.977</u>
Investimentos	560.673	448.679	Outros	25.962.316	2.784.471
Imobilizado	51.418.689	21.392.476	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>11.490.537</i>	<i>(34.236.509)</i>

Quadro 10 – Indicadores de Desempenho da Unimed Belém

Unimed Belém	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,77	0,50	54,00
Liquidez Corrente	0,84	0,84	-
Endividamento	15,19	pass descob	-
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(15.974)	(10.398)	(53,63)

Auditor: Delloite Touche Tohmatsu

Parecer de Auditoria

7) Conforme mencionado na Nota Explicativa no 11, a Cooperativa registrou o valor de R\$48.437.367 na rubrica de créditos com cooperados, conforme previsto pela Instrução Normativa no 20, emitida em 20 de outubro de 2008 pela ANS. A realização deste crédito depende da integralização de recursos por parte dos cooperados, que está condicionada ao trânsito em julgado dos processos judiciais, relativo às Obrigações Legais provisionadas, e, portanto, caracteriza-se como ativo sem previsibilidade de realização. Dessa forma, em 31/12/08, o ativo não circulante e o patrimônio líquido estão aumentados pelo referido montante.

Notas Explicativas

11) Com base nas diretrizes da IN 20 da ANS e nos moldes do Estatuto Social em seu Capítulo V, Art. 22º, a Cooperativa, por meio de aprovação em AGE realizada em 03/12/08, aprovou o registro de contas a receber com os cooperados correspondentes ao passivo tributário no valor de R\$48.437.367. A composição deste passivo tributário está apresentada na Nota Explicativa no 23.

APÊNDICE K

Unimed Nordeste RS – Sociedade Cooperativa de Serviços Médico Ltda.

Demonstrações Contábeis da Unimed Nordeste RS (R\$ mil)

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	129.316	115.612	PASSIVO	129.316	115.612
<i>Circulante</i>	<i>46.898</i>	<i>43.374</i>	<i>Circulante</i>	<i>62.021</i>	<i>52.894</i>
Caixa e Equivalente Caixa	3.877	3.607	Provisões Técnicas	19.414	18.156
Realizável	43.021	39.767	Eventos a Liquidar	14.707	13.137
<i>Não Circulante</i>	<i>82.418</i>	<i>72.238</i>	Outros	27.900	21.601
<u>Valores e Bens</u>	<u>27.191</u>	<u>22.410</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>35.802</i>	<i>33.139</i>
Investimentos	5.474	3.666	<u>Provisões</u>	<u>29.446</u>	<u>27.008</u>
Imobilizado	48.170	44.742	Outros	6.356	6.131
Intangível / Diferido	1.583	1.420	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>31.493</i>	<i>29.579</i>

Quadro 11 – Indicadores de Desempenho da Unimed Noroeste RS

Unimed Nordeste RS	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,76	0,76	-
Liquidez Corrente	0,76	0,82	(7,32)
Endividamento	3,11	2,91	6,87
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(15.123)	(9.520)	(58,86)

Auditor: Bordasch, Rosito & Filomena Auditores Independentes

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN nº 20/2008.

Notas Explicativas

08) Valores e Bens – Não Circulante – Os saldos de depósitos judiciais e recursais decorrem de litígios que estão sendo discutidos judicialmente, para os quais estão constituídas provisões no passivo exigível à longo prazo. Total de R\$27.191 no Ativo.

15.2) Provisão para Contingências – A Administração, em observância a IN 20 da ANS e com base na análise individual das contingências, mantém em 31/12/08 provisões registradas no Passivo Não Circulante relativas as contingências de natureza fiscal federal (INSS, PIS e COFINS), cível e trabalhista no montante aproximado de R\$29.446 (montante de R\$27.008 em 31/12/07), as quais, no momento e conforme opinião da Assessoria Jurídica da Cooperativa, são suficientes para fazer frente as contingências consideradas como perda provável e perda possível, tanto para ações em curso como para os períodos não fiscalizados. Essas provisões estão amparadas, na sua maioria, por depósitos judiciais que montam, em 31/12/08, aproximadamente R\$27.191 (R\$22.410 em 31/12/07).

APÊNDICE L

Unimed do Estado de São Paulo – Federação Estadual das Cooperativas Médicas

Demonstrações Contábeis do Estado de SP

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	122.238.494	90.523.635	PASSIVO	122.238.494	90.523.635
<i>Circulante</i>	<i>73.608.666</i>	<i>67.030.468</i>	<i>Circulante</i>	<i>45.180.537</i>	<i>43.298.878</i>
Disponível	1.474.139	793.634	Provisões Técnicas	14.375.466	8.676.101
Realizável	72.134.527	66.236.834	Débitos de Oper Ass	5.479.470	4.563.384
<i>Não Circulante</i>	<i>48.629.828</i>	<i>23.493.167</i>	Outros	25.325.601	30.059.393
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>26.435.028</u>	<u>5.071.271</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>42.187.692</i>	<i>18.053.001</i>
Investimentos	558.995	400.860	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>42.187.692</u>	<u>18.053.001</u>
Imobilizado	21.221.925	17.762.753	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>34.870.265</i>	<i>29.171.756</i>
Intangível	413.880	258.283			

Quadro 12 – Indicadores de Desempenho da Unimed Estado de SP

Unimed do Estado de SP	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,15	1,18	(2,54)
Liquidez Corrente	1,63	1,55	5,16
Endividamento	2,51	2,10	19,52
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	28.428	23.732	19,79

Auditor: ETAE Auditores Independentes

Parecer de Auditoria

3) No exercício de 2007, a Federação não havia quantificado e reconhecido os encargos tributários incidentes sobre as operações realizadas em período não prescrito, correspondentes a PIS e COFINS, estabelecidos na MP no 2.158-35, de 24/08/01 e IRPJ e CSLL sobre os atos não cooperativos. Para o exercício de 2008, a Entidade realizou o provisionamento destes encargos tributários, conforme Nota Explicativa 15-h, correspondentes aos últimos 5 anos, contemplando os Exercícios de 2004 a 2008. Para o período de 2004 a 2007, os valores apurados foram provisionados de acordo com a IN 20/2008 da ANS, tendo como contrapartida o lançamento em conta de ARLP, na rubrica “Conta Corrente com Cooperados”, no montante de R\$17.865.277, que entendemos tratar-se de crédito de realização duvidosa, considerando que o mesmo está, inclusive, diretamente vinculado à realização do passivo correspondente e, por conseguinte, deveria ter sido mantido a débito de Patrimônio Líquido, como “Ajuste de Exercícios Anteriores”. Em relação ao ISS, nenhuma provisão foi constituída, por não haver previsão para sua incidência junto à legislação municipal.

Notas Explicativas

Não houve menção às Obrigações Legais.

APÊNDICE M

Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Goiânia

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	156.434.387	83.781.584	PASSIVO	156.434.387	83.781.584
<i>Circulante</i>	<i>78.551.233</i>	<i>64.310.150</i>	<i>Circulante</i>	<i>72.199.342</i>	<i>51.548.470</i>
Disponível	1.392.847	1.216.798	Provisões Técnicas	16.842.128	10.472.757
Realizável	77.158.386	63.093.352	Eventos a Liquidar	43.901.918	31.647.572
<i>Não Circulante</i>	<i>77.883.154</i>	<i>19.471.434</i>	Outros	11.455.296	9.428.141
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>65.621.286</u>	<u>8.266.811</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>60.952.610</i>	<i>9.117.365</i>
Investimentos	5.903.323	4.138.084	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>60.952.610</u>	<u>9.117.365</u>
Imobilizado	6.358.546	6.823.809	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>23.282.435</i>	<i>23.115.750</i>
Diferido	0	242.730			

Quadro 13 – Indicadores de Desempenho da Unimed Goiânia

Unimed Goiânia	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,08	1,20	(10,00)
Liquidez Corrente	1,09	1,25	(12,80)
Endividamento	5,72	2,62	118,32
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	6.352	12.762	(50,23)

Auditor: – DEGE Auditores Associados

Parecer de Auditoria

9) Em dezembro de 2008, em atenção à IN 20/2008 da ANS, a Cooperativa submeteu à AGE a extensão dos riscos contingências tributárias existentes, acompanhados da opinião dos advogados patronos das respectivas causas. Fundamentada nos pareceres jurídicos e em conformidade com a Norma Brasileira de Contabilidade Técnica NBC-T 19.7, do CFC, que aprovou a NPC no 22 do IBRACON, a Assembleia Geral autorizou o reconhecimento de R\$52.552.791 (nota 7.1) como perdas do exercício e/ou ajustes de exercícios anteriores, rateadas entre os associados de acordo com as disposições do art. 80 da Lei no 5.764/71 e Estatuto Social da Unimed Goiânia. Os valores foram registrados no ARLP, e serão reembolsados à Cooperativa, na medida em que os riscos se confirmarem e se tornarem exigíveis os recolhimentos tributários, atendendo integralmente ao permissivo contido na referida Instrução Normativa.

Notas Explicativas

6.10) Exigível a Longo Prazo – valores vencíveis após o exercício de 2009 sendo composto de Parcelamento de Tributos e Contribuições no montante de R\$7.046.831, de Provisões de Contingências reconhecidas mediante decisão da AGE de 16/12/08 e também mediante relatórios e pareceres jurídicos consubstanciados no montante de R\$ 53.364.764 e Outros Débitos Diversos de LP no montante de R\$541.015.

Nota Explicativa 07.1 – Tributos Federais – Mediante decisão da AGE de 16/12/08, os cooperados assumiram a responsabilidade pelo pagamento de valores de contingências tributárias referentes a fatos geradores de PIS/COFINS ocorridos até 31/12/08, no valor total de R\$52.552.791, de acordo com a IN no 20 da ANS, adotando como modelo de rateio dos efeitos decorrentes da referida normativa o artigo 89 da Lei 5.764/71 e artigo 83, item 2, do Estatuto Social da Unimed Goiânia e autorizando o reconhecimento mensal da correção destes créditos a receber dos cooperados (gerados até dezembro de 2008) com a mesma equivalência de correção dos valores das Contingências (vide nota 04.5). Manteve-se a decisão de continuidade dos questionamentos judiciais e administrativos acerca destas Contingências visto que os relatórios dos advogados patronos das causas apontam perspectivas de sucesso para a Cooperativa.

APÊNDICE N

Unimed de Manaus Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed de Manaus

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	404.416.878	74.319.122	PASSIVO	404.416.878	74.319.122
<i>Circulante</i>	<i>18.669.616</i>	<i>30.067.283</i>	<i>Circulante</i>	<i>59.763.075</i>	<i>43.654.083</i>
Disponível	822.310	3.330.258	Provisões Técnicas	16.935.979	7.126.266
Realizável	17.847.306	26.737.025	Eventos a Liquidar	20.992.972	17.017.469
<i>Não Circulante</i>	<i>352.317.129</i>	<i>14.342.109</i>	Outros	21.834.124	19.510.348
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>352.317.129</u>	<u>14.342.109</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>337.083.814</i>	<i>9.768.049</i>
Investimentos	1.520.676	1.511.056	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>337.083.814</u>	<u>9.768.049</u>
Imobilizado	30.490.989	27.354.391	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>7.569.989</i>	<i>20.896.989</i>
Diferido	1.418.468	1.044.283			

Quadro 14 – Indicadores de Desempenho da Unimed de Manaus

Unimed de Manaus	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,93	0,83	12,05
Liquidez Corrente	0,31	0,69	(55,07)
Endividamento	52,43	2,56	1948,05
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(41.094)	(13.587)	(202,45)

Auditor: ANQA Auditores & Consultores

Parecer de Auditoria

3) As estimativas contábeis sobre as ações de natureza cíveis, trabalhistas, tributárias e outros provisionamentos técnicos para atender a IN ANS DIOPE nº 20/2008, envolvendo a Cooperativa, encontram-se registradas na contabilidade nas contas patrimoniais. Os valores representam contingências significativas, conforme mencionado em nota explicativa. Sobre estes valores não foi possível mensurar os efeitos sobre as demonstrações contábeis.

Notas Explicativas

Não houve menção às Obrigações Legais.

APÊNDICE O

Unimed Cuiabá – Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Cuiabá

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	91.132.468	83.797.655	PASSIVO	91.132.468	83.797.655
<i>Circulante</i>	<i>68.079.060</i>	<i>63.528.141</i>	<i>Circulante</i>	<i>57.704.167</i>	<i>48.897.177</i>
Disponível	3.594.939	1.762.922	Provisões Técnicas	16.577.534	14.381.671
Realizável	64.484.121	61.765.219	Eventos a Liquidar	17.297.018	15.005.115
<i>Não Circulante</i>	<i>23.053.408</i>	<i>20.269.514</i>	Tributos e Contribuições	5.990.902	6.224.200
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>4.263.610</u>	<u>2.422.005</u>	Empréstimos e Financ	10.025.847	3.944.848
Investimentos	2.675.159	2.485.127	Outros	7.812.866	9.341.343
Imobilizado	15.496.074	14.860.681	<i>Não Circulante</i>	<i>4.196.273</i>	<i>7.999.961</i>
Intangível	618.565	501.701	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>29.232.028</i>	<i>26.900.518</i>

Quadro 15 – Indicadores de Desempenho da Unimed Cuiabá

Unimed Cuiabá	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,17	1,16	0,86
Liquidez Corrente	1,18	1,30	(9,23)
Endividamento	2,12	2,12	-
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	10.375	14.631	(29,09)

Auditor: Bauer, Lopes & Associados Auditores

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN nº 20/2008.

Notas Explicativas

3.1.8) Instrução Normativa – IN/DIOPE nº 20 – De forma facultativa, a administração não aplicou o disposto na IN 20/08, publicada pela ANS, considerando que já vinha observando as disposições constantes na Norma de Procedimento Contábil – NPC nº 22/2005, do IBRACON, aprovada pela Deliberação CVM nº 489/2005, concernente a constituição de provisões, conseguindo resolver importantes questões tributárias, como no caso do ISSQN e INSS. Dessa maneira, sempre que aplicável e com amparo na opinião dos assessores jurídicos, a Cooperativa constitui as provisões cabíveis para as contingências passivas, de acordo com suas possibilidades econômicas, conforme evidenciamos a partir da nota explicativa nº 3.2.5.1.

3.2.5.1.4) Demais processos relevantes – a) Ação Desconstitutiva de Infração e Apreensão c/ Pedido de Antecipação de Tutela – a Unimed Cuiabá questiona judicialmente a dívida de R\$22.000.000 relativos a cobrança de ISSQN – obteve sentença integralmente favorável; d) Ação de Fiscalização – INSS – operadora sofreu fiscalização com autos de infração somando R\$32 milhões; a Unimed Cuiabá obteve decisão administrativa integralmente favorável perante o 2o Conselho de Contribuintes, no valor de R\$28.913.581. A diferença de R\$3.692.304 não foi contabilizada.

APÊNDICE P

Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Recife

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	246.391.914	65.751.382	PASSIVO	246.391.914	65.751.382
<i>Circulante</i>	<i>46.329.508</i>	<i>39.303.802</i>	<i>Circulante</i>	<i>65.895.754</i>	<i>48.948.831</i>
Disponível	2.050.163	1.041.616	Provisões Técnicas	11.584.545	6.691.177
Realizável	44.279.345	38.262.187	Eventos a Liquidar	33.816.574	28.575.339
<i>Não Circulante</i>	<i>169.583.036</i>	<i>2.997.695</i>	Outros	20.494.635	13.682.315
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>169.583.036</u>	<u>2.997.695</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>164.494.790</i>	<i>2.709.216</i>
Investimentos	4.634.455	1.539.567	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>163.091.062</u>	<u>1.233.646</u>
Imobilizado	24.167.153	20.865.746	Outros	1.403.728	1.475.570
Intangível	1.677.761	1.044.571	<i>Resultado Diferido</i>	<i>3.391.333</i>	<i>293.000</i>
			<i>Patrimônio Social</i>	<i>12.610.037</i>	<i>13.800.335</i>

Quadro 16 – Indicadores de Desempenho da Unimed Recife

Unimed Recife	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,94	0,84	11,90
Liquidez Corrente	0,70	0,80	(12,50)
Endividamento	18,16	3,64	398,90
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(19.566)	(9.645)	(102,86)

Auditor: Ápice Auditores Independentes S/S

Parecer de Auditoria

3) Conforme mencionado na nota explicativa nº 16, a Unimed Recife complementou no exercício de 2008 a Provisão para Contingências no montante de R\$161.419.398, correspondentes a cobrança de impostos e contribuições federais e municipais sobre suas operações, bem como, ressarcimento de despesas com seus usuários no SUS, cujas exigibilidades são contestadas por seus assessores jurídicos. Os valores envolvidos registrados em contrapartida de Sobras e Perdas Acumuladas, conforme faculdade prevista na Instrução Normativa nº 20 da DIOPE/ANS, foram transferidos para o Ativo Realizável a Longo Prazo na rubrica de “Outros Créditos a Receber de Longo Prazo”. Por conta deste procedimento e, considerando a complexidade e montantes envolvidos, sua realização dos mencionados ativos é incerta, haja vista que permanecerão vinculados à efetiva liquidação dos passivos correspondentes.

Notas Explicativas

9) Conta Corrente Cooperados – Refere-se a valores transferidos de “Sobras e Perdas Acumuladas”, decorrentes do reconhecimento das Obrigações Legais descritas abaixo, que encontram-se registradas no Exigível a Longo Prazo na rubrica de “Provisões” (nota 16), as quais são contestadas por nossa assessoria jurídica. Os lançamentos foram realizados consoantes à deliberação da AGE realizada em 17/12/2008, e previsão contida na Instrução Normativa nº 20/2008 da DIOPE/ANS, que atribui a responsabilidade aos cooperados pelo pagamento dos valores envolvidos caso haja decisão desfavorável e definitiva contra a Cooperativa nas demandas judiciais relacionadas aos referidos assuntos, permanecendo portanto a realização dos referidos créditos vinculada à efetiva realização dos passivos correspondentes. Base 2008.

Déb. Proc. Geral Fazenda Nacional (PIS/COFINS/IRPJ/CSLL) – R\$65.440.684; Ressarcimento ao SUS – R\$2.380.045; PIS e COFINS (2003 a 2006) – R\$7.135.382; ISS – R\$86.463.287. Total R\$161.419.398.

16) contextualização semelhante à Nota no 9, mas no somatório geral incluiu R\$909.538 de Contribuições Previdenciárias.

APÊNDICE Q

Unimed do Estado de Santa Catarina – Federação Estadual das Cooperativas Médicas

Demonstrações Contábeis da Unimed do Estado de SC

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	86.362.058	76.812.779	PASSIVO	86.362.058	76.812.779
<i>Circulante</i>	<i>77.188.116</i>	<i>67.191.363</i>	<i>Circulante</i>	<i>59.845.222</i>	<i>51.011.886</i>
Disponível	852.225	166.570	Provisões Técnicas	32.197.955	24.087.582
Realizável	76.335.892	67.024.793	Débitos de Oper Ass	18.633.125	12.122.203
<i>Não Circulante</i>	<i>9.173.942</i>	<i>9.621.416</i>	Outros	9.014.142	14.802.101
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>1.119.184</u>	<u>1.484.421</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>17.684.584</i>	<i>17.150.805</i>
Investimentos	3.388.675	3.213.345	<u>Tributos Rec + Parcelam</u>	<u>12.200.115</u>	<u>12.150.085</u>
Imobilizado	4.666.083	4.923.650	Outros	5.484.469	5.000.720
			<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>8.832.252</i>	<i>8.650.088</i>

Quadro 17 – Indicadores de Desempenho da Unimed do Estado de SC

Unimed do Estado de SC	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	1,09	1,09	-
Liquidez Corrente	1,29	1,32	(2,27)
Endividamento	8,78	7,88	11,42
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	17.343	16.180	7,19

Auditor: Martinelli Auditores

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN nº 20/2008.

Notas Explicativas

11) Provisões e Obrigações Legais – PIS e COFINS (Intercâmbio) = Foi constituída provisão integral de PIS e COFINS (R\$7.197.231) para fazer frente à contingência tributária, relativo ao valor original mais multa de 20% e juros SELIC.

APÊNDICE R

Unimed Grande Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Grande Florianópolis

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	108.246.077	71.089.759	PASSIVO	108.246.077	71.089.759
<i>Circulante</i>	<i>53.746.321</i>	<i>42.113.097</i>	<i>Circulante</i>	<i>59.245.699</i>	<i>44.116.074</i>
Disponível	3.879.877	2.034.051	Provisões Técnicas	13.928.381	6.514.689
Realizável	49.866.444	40.079.046	Eventos a Liquidar	31.517.003	24.952.013
<i>Não Circulante</i>	<i>54.499.756</i>	<i>28.976.662</i>	Outros	13.800.315	12.649.372
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>27.097.331</u>	<u>1.773.023</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>37.995.829</i>	<i>18.983.166</i>
Investimentos	7.904.009	6.712.252	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>37.995.829</u>	<u>18.983.166</u>
Imobilizado	18.037.855	18.515.759	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>11.004.549</i>	<i>7.990.519</i>
Diferido	1.460.561	1.975.628			

Quadro 18 – Indicadores de Desempenho da Unimed Grande Florianópolis

Unimed Grande Florianópolis	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,83	0,70	18,57
Liquidez Corrente	0,91	0,95	(4,21)
Endividamento	8,84	7,90	11,90
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(5.499)	(2.003)	(174,54)

Auditor: BDO Trevisan Auditores Independentes

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN nº 20/2008.

Notas Explicativas

13) Outros Créditos a Receber a Longo Prazo – O montante de R\$25.750.233 registrado em “Créditos a receber de pessoas ligadas” refere-se a provisão das Obrigações Legais da Cooperativa decorrentes dos fatos econômicos ocorridos até 31/12/08, cuja responsabilidade foi transferida aos cooperados, em conformidade com o art. 4º da IN/DIOPE no 20/2008 da ANS.

24) Provisões para Contingências:

PIS e COFINS – A Cooperativa, segundo orientações de seus assessores jurídicos, constituiu provisão sobre a totalidade de PIS e COFINS sobre o ato cooperativo auxiliar, relativo ao período de janeiro de 2000 a dezembro de 2008, considerando as exclusões permitidas na MP no 2158-35/2001, no montante de R\$22.158 mil.

IRPJ e CSLL - ...No entanto, a Cooperativa tem constituído provisão para contingência tributária referentes aos tributos não recolhido sobre o ato auxiliar, no montante de R\$427 mil em dezembro de 2008.

Tributos Municipais - ...Por orientação de sua assessoria jurídica, a Cooperativa constituiu provisão no montante de R\$600 mil referente a tal notificação.

APÊNDICE S

Unimed Natal – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed Natal

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	261.063.546	64.425.087	PASSIVO	261.063.546	64.425.087
<i>Circulante</i>	<i>35.057.284</i>	<i>28.622.121</i>	<i>Circulante</i>	<i>45.079.392</i>	<i>41.666.385</i>
Disponível	3.132.475	1.437.008	Provisões Técnicas	12.951.257	9.226.107
Realizável	31.924.809	27.185.113	Eventos a Liquidar	16.388.612	17.392.939
<i>Não Circulante</i>	<i>226.006.262</i>	<i>35.802.966</i>	Outros	15.739.523	15.047.339
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>187.785.557</u>	<u>1.266.044</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>201.842.434</i>	<i>9.209.346</i>
Investimentos	4.304.764	3.759.033	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>200.096.634</u>	<u>9.209.346</u>
Imobilizado	29.001.164	25.253.709	Resultado Diferido	1.745.800	0
Diferido	4.914.777	5.524.180	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>14.141.720</i>	<i>13.549.356</i>

Quadro 19 – Indicadores de Desempenho da Unimed Natal

Unimed Natal	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,91	0,59	54,24
Liquidez Corrente	0,78	0,69	13,04
Endividamento	17,34	3,75	362,40
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(10.022)	(13.044)	23,17

Auditor: CASS Auditores e Consultores S/S

Parecer de Auditoria

4) De acordo com a nota explicativa nº 6.2, a Cooperativa possui contingências cíveis em valores relevantes, em diferentes fases de julgamento, considerados pelo seu setor jurídico como possível o seu êxito. Em 31/12/08, em cumprimento do disposto na IN 20/2008 da DIOPE/ANS, a Cooperativa reconheceu em seu passivo não circulante, provisão para contingências tributárias no valor de R\$186.974.357 em contrapartida do ativo não circulante, a ser deliberada em AGO à transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento, em caso de eventuais perdas.

Notas Explicativas

5.10) Exigível a Longo Prazo – Provisão para Contingência – IN 20/2008: Em 31/12/08 foi registrado no balanço, conforme Instrução Normativa no 20, de 20/10/08 da ANS, os passivos tributários da Unimed Natal, no valor de R\$186.974.357.

6.2) Relação dos processos tributários: PIS e COFINS – R\$52.263.215; ISS – R\$121.235.521; IRPJ e CSLL – R\$8.584.431

APÊNDICE T

Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico

Demonstrações Contábeis da Unimed João Pessoa

	31/12/2008	31/12/2007		31/12/2008	31/12/2007
ATIVO	128.596.401	73.213.423	PASSIVO	128.596.401	73.213.423
<i>Circulante</i>	<i>32.318.608</i>	<i>21.591.092</i>	<i>Circulante</i>	<i>43.769.341</i>	<i>35.487.311</i>
Disponível	1.037.354	989.323	Provisões Técnicas	12.974.198	7.395.381
Realizável	31.281.254	20.601.769	Eventos a Liquidar	11.901.002	10.193.818
<i>Não Circulante</i>	<i>96.277.794</i>	<i>51.622.331</i>	Outros	18.894.141	17.898.112
<u>Realizável a Longo Prazo</u>	<u>49.242.194</u>	<u>4.215.245</u>	<i>Não Circulante</i>	<i>57.942.958</i>	<i>31.065.408</i>
Investimentos	2.163.686	2.01.484	<u>Exigível a Longo Prazo</u>	<u>57.253.213</u>	<u>30.215.663</u>
Imobilizado	44.488.751	44.691.784	Resultado Diferido	689.745	849.745
Intangível / Diferido	383.163	703.817	<i>Patrimônio Líquido</i>	<i>26.884.103</i>	<i>6.660.704</i>

Quadro 20 – Indicadores de Desempenho da Unimed João Pessoa

Unimed João Pessoa	31/12/08	31/12/07	Δ % 07/08
Liquidez Geral	0,81	0,39	107,69
Liquidez Corrente	0,74	0,61	21,31
Endividamento	3,76	9,87	(61,90)
Capital Circulante Líquido (R\$ mil)	(11.451)	(13.896)	17,59

Auditor: Grunitzky – Auditores Independentes S/S

Parecer de Auditoria

Não houve menção à IN nº 20/2008.

Notas Explicativas

5) Outros Créditos a Receber de Longo Prazo – A ANS publicou a Instrução Normativa nº 20, de 20/10/08, definindo os critérios para as Operadoras de Planos de Saúde contabilizar as Obrigações Legais como definidas pela NPC 22 do IBRACON. Desse modo, a cooperativa procedeu levantamento do valor correspondente a contingência tributária do PIS, COFINS, PAES, ISS e Ressarcimento ao SUS, com a finalidade de adotar os critérios estabelecidos na IN 20/2008 da Diretoria de Normas e Habilitação da ANS.

Composição: Ressarcimento ao SUS – R\$1.780.801; ISS Negociação – R\$6.819.743; PIS – IN 20/08 – R\$5.202.578; COFINS – IN 20/08 – R\$23.364.485; PAES – IN 20/08 – R\$8.113.550. TOTAL: R\$45.281.167.

ANEXO A

INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 20, DE 20 DE OUTUBRO DE 2008.

Define a forma de as Operadoras de Planos de Saúde contabilizarem as Obrigações Legais como definidas pela NPC 22 do IBRACON.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras –DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais definidas o art. 3º da Resolução Normativa – RN nº 136, de 31 de outubro de 2006, na forma do disposto no art. 65, I, “a, do Anexo I da RN nº 81, de 2 de setembro de 2004 e alterações posteriores e, Considerando a necessidade de regulamentar a forma de contabilização das Obrigações Legais, como definido pela Norma de Procedimento Contábil nº 22, de 25 de abril de 2005, do Instituto Brasileiro de Contabilidade – NPC 22/IBRACON, bem como a forma de contabilização de prejuízos apurados em cada exercício social, resolve:

Art. 1º O montante do prejuízo apurado ao término de cada exercício social deve ser apresentado na conta Lucros ou Prejuízos Acumulados no grupo do Patrimônio Líquido, sendo vedada sua transferência para o Ativo a qualquer título.

Art. 2º O montante do Principal, dos juros e outros encargos, se aplicáveis, das Obrigações Legais a pagar derivadas de um contrato, de uma Lei ou de outro instrumento fundamentado em Lei, como estabelecidas na NPC 22/IBRACON, devem ser registrados a débito do resultado do exercício social corrente.

Art. 3º As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que, na data de publicação desta Instrução Normativa, não estiverem contabilizando as Obrigações Legais citadas no artigo anterior poderão, no exercício social de 2008, contabilizá-las a débito da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados, exclusivamente para a parcela correspondente a exercícios anteriores a 2008.

Art. 4º As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, que na Assembléia Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2008 deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais de que trata esta Instrução Normativa, e contabilizados na forma estabelecida no artigo 3º, classificados no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo.

Parágrafo Único. A faculdade de que trata o *caput* deste artigo somente poderá ser praticada no exercício social de 2008.

Art. 5º A partir do exercício social de 2009 as Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas que tiverem se utilizado da exceção prevista no artigo anterior deverão, ao término de cada exercício social, proceder à avaliação do montante registrado no Passivo Exigível a Longo Prazo, observados os seguintes critérios:

I – Na hipótese de ocorrer redução, por qualquer motivo, do montante contabilizado no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, deverá a Operadora promover idêntica redução no Ativo Realizável a Longo Prazo anteriormente constituído; ou

II – Na hipótese de ocorrer aumento, por qualquer motivo, do montante contabilizado no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, deverá a Operadora contabilizar a correspondente contrapartida a débito do resultado do exercício social em curso.

Art. 6º. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

ANEXO B

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 39, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2010.

Acrescenta o art. 4º-A na Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras nº. 20, de 20 de outubro de 2008.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no uso das atribuições que lhe confere a alínea a, do inciso I, do art. 76, da Resolução Normativa - RN nº. 197, de 16 de julho de 2009 e, em cumprimento ao art. 3º, da RN nº. 207, de 22 de dezembro de 2009, resolve:

Art. 1º A Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras nº. 20, de 20 de outubro de 2008, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

Art. 4º-A. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, que na Assembléia-Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2009 deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais de que trata esta Instrução Normativa, e contabilizados na forma estabelecida no artigo 3º, classificados no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo.

Parágrafo Único. A faculdade de que trata o caput deste artigo poderá ser praticada no exercício social de 2009.

Art. 2º. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)