Coletânea da Jurisprudência

ACÓRDÃO DO TRIBUNAL DA FUNÇÃO PÚBLICA DA UNIÃO EUROPEIA (Terceira Secção)

13 de junho de 2012*

«Função pública — Antigo funcionário — Segurança social — Acidente — Encerramento do procedimento de aplicação do artigo 73.º do Estatuto — Aplicação no tempo da tabela anexada à nova versão da Regulamentação relativa à cobertura dos riscos de acidente e de doença profissional — Duração do procedimento»

No processo F-31/10,

que tem por objeto um recurso interposto nos termos do artigo 270.º TFUE, aplicável ao Tratado CEEA por força do seu artigo 106.º-A,

Christian Guittet, antigo funcionário da Comissão Europeia, residente em Cannes (França), representado por L. Levi, advogado,

recorrente,

contra

Comissão Europeia, representada por J. Currall e D. Martin, na qualidade de agentes, assistidos por J.-L. Fagnart, advogado,

recorrida,

O TRIBUNAL DA FUNÇÃO PÚBLICA (Terceira Secção),

composto por: S. Van Raepenbusch (relator), presidente, R. Barents e K. Bradley, juízes,

secretário: J. Tomac, administrador,

vistos os autos e após a audiência de 7 de março de 2012,

profere o presente

Acórdão

1 Por petição entrada na Secretaria do Tribunal da Função Pública em 14 de maio de 2010, C. Guittet, antigo funcionário da Comissão Europeia, pede, nomeadamente, a anulação da decisão de 27 de julho de 2009 pela qual a Autoridade Investida no Poder de Nomeação (a seguir «AIPN») encerrou o procedimento iniciado nos termos do artigo 73.º do Estatuto dos Funcionários da União Europeia (a seguir «Estatuto») e fixou os danos causados à sua integridade física e psíquica (a seguir «DIFP») em 64,5%.

* Língua do processo: francês.

Quadro jurídico

Estatuto

2 Por força do artigo 73.º, n.ºs 1 e 2, do Estatuto:

«1. Em conformidade com o estatuído em regulamentação estabelecida de comum acordo pelas instituições [da União], após parecer do Comité do Estatuto, o funcionário está coberto, desde a data de início de funções, contra os riscos de doença profissional e acidentes. […]

2. As prestações garantidas são as seguintes:

[…]

b) [e]m caso de invalidez total permanente:

[p]agamento ao interessado de uma quantia igual a oito vezes o seu vencimento-base anual calculado com base nos vencimentos mensais processados nos doze meses que precedem o acidente;

c) [e]m caso de invalidez parcial permanente:

[p]agamento ao interessado de uma parte do subsídio previsto na alínea b), calculado com base na tabela fixada na regulamentação prevista no n.º 1.

[…]

As prestações acima enumeradas podem acumular-se com as que se encontram previstas no capítulo III.»

Regulamentação de cobertura adotada em aplicação do artigo 73.º do Estatuto

Âmbito de aplicação e disposições transitórias

3 Em 1 de janeiro de 2006 entrou em vigor a Regulamentação Comum às instituições da União Europeia relativa à cobertura dos riscos de acidente e de doença profissional (a seguir «regulamentação de cobertura» ou «nova regulamentação de cobertura»), prevista no artigo 73.º, n.º 1, do Estatuto, a qual sucedeu à anterior Regulamentação Comum relativa à cobertura, alterada pela última vez em 18 de julho de 1997 (a seguir «antiga regulamentação de cobertura»).

4 O artigo 1.º da regulamentação de cobertura está redigido da seguinte forma:

«A presente regulamentação fixa, em execução do artigo 73.º do Estatuto, as condições em que o segurado está coberto em todo o mundo contra os riscos de acidente e de doença profissional.

Considera-se segurado ao abrigo da presente regulamentação:

— o funcionário;

— o agente temporário;

— o agente contratual.»

5 O artigo 30.º da regulamentação de cobertura prevê as seguintes disposições transitórias:

«[A antiga regulamentação de cobertura] é revogada.

No entanto, continua a ser aplicável para todo e qualquer projeto de decisão adotado nos termos do n.º 1 do artigo 20.º, até 1 de janeiro de 2006 […]»

6 O artigo 31.º da regulamentação de cobertura prevê:

«A [nova regulamentação de cobertura] entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao mês durante o qual o comum acordo das instituições previsto no n.º 1 do artigo 73.º do Estatuto tiver sido declarado verificado pelo Presidente do Tribunal de Justiça [da União Europeia].

A presente regulamentação é aplicável a partir da mesma data.»

Conceito de invalidez permanente

7 O artigo 11.º da regulamentação de cobertura, intitulado «Invalidez permanente» está redigido como segue:

«1. A invalidez permanente total ou parcial é medida pelos […] (DIFP) como foi fixada pela tabela de referência europeia de avaliação dos danos causados à integridade física e psíquica[,] constante do anexo A.

São aplicáveis as modalidades práticas de utilização da tabela constante do anexo B.

[...]

2. Em caso de invalidez permanente total do segurado resultante de um acidente ou de uma doença profissional, os [DIFP] correspondem a 100%, e ser-lhe-á pago o capital previsto na alínea b) do n.º 2 do artigo 73.º do Estatuto.

3. No caso de invalidez permanente parcial do segurado resultante de um acidente ou uma doença profissional, ser-lhe-á pago o capital determinado na alínea c) do n.º 2 do artigo 73.º do Estatuto e determinado em função das taxas previstas na tabela […].

4. A lesão de membros ou de órgãos já afetados é indemnizada apenas pela diferença entre o estado anterior e posterior ao acidente.

5. [...]

6. A indemnização total que resulte de vários tipos de invalidez decorrentes do mesmo acidente é obtida através de adição, sem poder exceder nem o capital integral segurado para invalidez permanente total, nem a soma parcial segurada para a perda total ou a perda completa do uso do membro ou do órgão afetado.»

8 A antiga regulamentação de cobertura previa no seu artigo 12.º:

«1. Em caso de invalidez permanente total do funcionário resultante de um acidente ou de uma doença profissional, ser-lhe-á pago o capital previsto no n.º 2, alínea b), do artigo 73.º do Estatuto.

2. Em caso de invalidez permanente parcial do funcionário resultante de um acidente ou de uma doença profissional, ser-lhe-á pago o capital determinado em função das percentagens previstas na tabela de invalidez constante do anexo.»

Indemnização complementar

9 O artigo 13.º da regulamentação de cobertura prevê que, com base nos pareceres dos médicos designados pelas instituições ou da Junta Médica referida no artigo 22.º, é concedida ao segurado uma indemnização complementar à invalidez permanente parcial para danos de ordem estética, danos de caráter sexual (excetuando-se a reprodução), dores excecionais não objetivadas mas medicamente plausíveis e quando haja prejuízo das atividades de lazer específicas do segurado. Esta indemnização é determinada em função da grelha de avaliação dos prejuízos específicos constantes do anexo C da regulamentação de cobertura.

Disposições processuais

10 O artigo 18.º da regulamentação de cobertura prevê que as decisões relativas ao reconhecimento da origem acidental de um acontecimento, ou ao reconhecimento da origem profissional da doença, bem como à fixação do grau de invalidez permanente, serão adotadas pela AIPN nos termos do procedimento previsto no artigo 20.º dessa mesma regulamentação, com base em conclusões emitidas pelo(s) médico(s) designado(s) pelas instituições e, caso o segurado o requeira, após consulta da Junta Médica prevista no artigo 22.º da referida regulamentação.

11 De harmonia com o disposto no artigo 19.º, n.º 3, da regulamentação de cobertura, intitulado «Consolidação das lesões»:

«A decisão relativa à fixação do grau de invalidez verificar-se-á após a consolidação das lesões do segurado. As sequelas do acidente ou da doença profissional são consolidadas quando estas sequelas estejam estabilizadas ou quando se atenuem apenas muito lentamente e de uma maneira muito limitada. Para este efeito, o segurado deve transmitir um relatório médico que constate a consolidação do seu estado, nele referindo a natureza das lesões. No entanto, os médicos designados pela instituição ou pela Junta Médica prevista no artigo 22.º podem pronunciar-se sobre a consolidação, apesar da ausência do referido relatório médico.

[…]»

12 O artigo 20.º da regulamentação de cobertura dispõe o seguinte:

«1. Previamente à tomada de decisão nos termos do artigo 18.º, a [AIPN] notificará ao segurado ou aos seus sucessores o projeto de decisão acompanhado das conclusões do(s) médico(s) designado(s) pela instituição. O segurado ou os seus sucessores podem pedir que o relatório médico completo seja transmitido ao médico da sua escolha ou que lhe(s) seja comunicado.

2. O segurado ou os seus sucessores podem, num prazo de 60 dias, solicitar que a Junta Médica prevista no artigo 22.º emita o seu parecer. O pedido de consulta da Junta Médica deve precisar o nome do médico que representa o segurado ou os seus sucessores e ser acompanhado do relatório deste médico que especifica as questões médicas objeto de contestação ao médico ou aos médicos designados pela instituição para efeitos de aplicação das disposições da presente regulamentação.

3. Se, findo esse prazo, não for apresentado qualquer pedido de consulta da Junta Médica, a [AIPN] adotará a decisão tal como consta do projeto objeto da notificação.»

13 A antiga regulamentação de cobertura previa no seu artigo 20.º, primeiro parágrafo:

«A decisão relativa à fixação do grau de invalidez verificar-se-á após a consolidação das lesões do funcionário. [Para] esse efeito, o funcionário deve apresentar um relatório médico que ateste a cura ou a consolidação do seu estado e que indique a natureza das lesões.»

14 Nos termos do artigo 22.º da regulamentação de cobertura, intitulado «Junta Médica»:

«1. A Junta Médica é composta por três médicos designados:

— o primeiro, pelo segurado ou seus sucessores,

— o segundo, pela [AIPN],

— o terceiro, de comum acordo pelos dois médicos assim designados.

Na ausência de acordo sobre a designação do terceiro médico, num prazo de dois meses a contar da designação do segundo médico, o terceiro médico será oficiosamente designado pelo Presidente do Tribunal de Justiça […] por iniciativa de uma das partes.

Independentemente do modo de designação, o terceiro médico deve dispor de uma especialização em matéria de avaliação e reparação de danos corporais.

2. A instituição deve definir o mandato confiado à Junta Médica. Este mandato abrange as questões de ordem médica colocadas no relatório do médico que representa o segurado ou os seus sucessores e nos outros relatórios médicos relevantes transmitidos nos termos do n.º 2 do artigo 20.º

Os honorários e as despesas dos médicos que compõem a Junta Médica devem ser estabelecidos de acordo com uma tabela fixada pelos [c]hefes de Administração das instituições […], em função da complexidade do caso confiado à Junta Médica.

Antes de confirmar o mandato atribuído à Junta Médica, a instituição informa o segurado ou os seus sucessores dos honorários e despesas que poderão continuar a seu cargo nos termos do n.º 4. Em nenhum caso o segurado ou os seus sucessores podem recusar o terceiro médico devido ao montante dos honorários e despesas que este solicite. No entanto poderão, em qualquer momento, renunciar ao recurso para a Junta Médica. Neste caso, os honorários e despesas do médico escolhido pelo segurado ou pelos seus sucessores e a metade dos honorários e despesas do terceiro médico ficarão a cargo do segurado no que se refere à parte dos trabalhos concluídos.

O segurado ou os seus sucessores continuam a ser responsáveis perante o seu médico pelas somas acordadas com ele, independentemente do que a instituição aceitar pagar.

3. A Junta Médica examina de maneira colegial todos os documentos disponíveis e suscetíveis de apresentar alguma utilidade para as suas apreciações, adotando toda e qualquer decisão por maioria. Compete à Junta Médica regular o seu próprio procedimento e fixar as modalidades do seu funcionamento. O terceiro médico é responsável pelo secretariado e redação do relatório. A Junta Médica pode pedir exames complementares e consultar peritos a fim de completar o processo ou obter pareceres úteis para realizar a sua missão.

A Junta Médica só pode emitir pareceres médicos sobre os factos submetidos à sua análise ou de que seja informada.

A Junta Médica, cuja missão se limita apenas ao aspeto médico do processo, declara-se incompetente se considerar que existe um litígio de ordem jurídica.

Findos os trabalhos, a Junta Médica apresentará as suas conclusões num relatório que será enviado à [AIPN]

Com base neste relatório, a [AIPN] notifica ao segurado ou aos seus sucessores a sua decisão acompanhada das conclusões da Junta Médica. O segurado ou os seus sucessores podem pedir que o relatório completo da Junta Médica seja transmitido ao médico da sua escolha ou que lhes seja comunicado.

4. As despesas dos trabalhos da Junta Médica serão suportadas pela instituição a que pertence o segurado.

No entanto, quando o parecer da Junta Médica estiver conforme com o projeto de decisão da [AIPN], o segurado ou os seus sucessores devem suportar os honorários e despesas acessórias do médico que tenham escolhido e metade dos honorários e despesas acessórias do terceiro médico, ficando o saldo a cargo da instituição.

[…]»

15 A antiga regulamentação de cobertura previa, no seu artigo 23.º relativo à Comissão Médica:

«1. A Comissão Médica é composta por três médicos designados:

— o primeiro, pela [AIPN],

— o segundo, pelo funcionário ou seus sucessores,

— o terceiro, de comum acordo pelos dois médicos assim designados.

Na ausência de acordo sobre a designação do terceiro médico, num prazo de dois meses a contar da designação do segundo médico, o terceiro médico será oficiosamente designado pelo Presidente do Tribunal de Justiça […] por iniciativa de uma das partes.

Findos os trabalhos, a Comissão Médica apresentará as suas conclusões num relatório que será enviado à [AIPN] e ao funcionário ou aos seus sucessores.

2. As despesas dos trabalhos da Comissão Médica serão suportadas pela instituição a que pertence o funcionário.

No caso de o médico designado pelo funcionário residir fora do local de afetação deste último, o funcionário suportará o suplemento de honorários que resulta dessa designação, com exceção das despesas de transporte em primeira classe de caminho-de-ferro ou em classe económica de avião que serão reembolsadas pela instituição. Esta disposição não se aplica quando se tratar de um acidente ocorrido no exercício ou quando do exercício das funções, no percurso para o trabalho, ou de uma doença profissional.

Quando o parecer da Comissão Médica estiver conforme com o projeto de decisão da [AIPN], notificado ao funcionário ou aos seus sucessores nos termos do artigo 21.º, estes deverão suportar os honorários e despesas acessórias do médico que tenham escolhido e metade dos honorários e despesas acessórias do terceiro médico, ficando o saldo a cargo da instituição, salvo quando se tratar da ocorrência de um acidente no exercício ou quando do exercício de funções ou no percurso para e do trabalho.

Todavia, em casos excecionais e por decisão da [AIPN] adotada após parecer do médico por ela designado, todas as despesas referidas nos parágrafos anteriores podem ser tomadas a cargo pela instituição.»

Factos na origem do litígio

16 O recorrente foi vítima de um grave acidente em 8 de dezembro de 2003. Esse acidente teve por consequência a sua colocação na situação de invalidez, com fundamento no artigo 78.º do Estatuto, a partir de 1 de julho de 2005.

17 Por outro lado, na sequência da declaração de acidente apresentada pela esposa do recorrente, a Comissão iniciou um procedimento com fundamento no artigo 73.º do Estatuto.

18 Em 10 de abril de 2005, o médico designado pela instituição redigiu um relatório intercalar com vista à fixação de uma indemnização provisória. Nesse relatório, ele considerava que a taxa de invalidez permanente no momento da consolidação seria de pelo menos 20%.

19 Em 30 de maio 2005, o recorrente dirigiu-se ao Serviço «Gestão e Liquidação dos Direitos Individuais» (PMO), pedindo-lhe que reexaminasse o processo, a fim de fixar a fração não controvertida da taxa de invalidez permanente «num nível que correspondesse melhor à realidade».

20 O PMO deu seguimento a esse pedido do recorrente e pediu ao médico designado pela instituição que fixasse com precisão a fração não controvertida da taxa de invalidez permanente tendo em conta, tal sendo o caso, os argumentos avançados pelo recorrente a favor de uma taxa mais elevada.

21 Num segundo relatório intercalar, com data de 1 de julho de 2005, o médico designado pela instituição considerou que a fração não controvertida da taxa de invalidez permanente podia ser fixada em 40%.

22 Com base desse relatório, o PMO, por decisão de 8 de agosto de 2005, concedeu ao recorrente uma indemnização provisória num montante de 381 812,22 euros. O recorrente recebeu o pagamento dessa indemnização no mês de novembro de 2005.

23 Entretanto, no tocante à consolidação das suas lesões, o recorrente tinha transmitido ao PMO um relatório, elaborado em 28 de junho de 2005 por um médico por ele escolhido, que indicava que as suas lesões estavam consolidadas. A Comissão indica, sem ser contestada quanto a este ponto, que esse relatório foi comunicado ao PMO em 30 de junho de 2005.

24 Num relatório com data de 21 de setembro de 2006 elaborado de harmonia com o artigo 20.º, n.º 1, da regulamentação de cobertura, o médico designado pela instituição reconheceu que as sequelas do recorrente estavam consolidadas desde 28 de junho de 2005; indicou, fazendo aplicação da nova regulamentação de cobertura, que o recorrente apresentava uma taxa de DIFP de 62% que se decompunha da seguinte forma: 37% para as sequelas ORL (12% para a perda auditiva, 3% para os acufenos, 20% para as perturbações do equilíbrio e 2% para o olfato) 15% para as sequelas reumatológicas e 10% para as sequelas psicoafetivas. Ele reconheceu, além disso, que o recorrente sofria de um prejuízo estético permanente de 3/7, que justificava uma indemnização complementar de 1,5%.

25 Por projeto de decisão de 7 de novembro de 2006, a AIPN, com fundamento no relatório do médico designado pela instituição, de 21 de setembro de 2006, concedeu ao recorrente um capital de 606 126,90 euros, correspondente a DIFP de 63,5%, capital para cujo apuramento se devia deduzir o montante da indemnização provisória que lhe tinha sido concedida, ou seja, 381 812,22 euros. No fim do ano de 2006, o recorrente recebeu, assim, um pagamento de 224 314,68 euros, em complemento da indemnização provisória já paga.

26 Em desacordo com o projeto de decisão de 7 de novembro de 2006, o recorrente, por carta de 18 de janeiro de 2007, solicitou a intervenção da Junta Médica.

27 Não tendo o médico designado pelo recorrente e o médico designado pela instituição chegado a acordo quanto ao nome do terceiro médico que deveria ter assento na Junta Médica, o recorrente, por carta de 5 de maio de 2007, solicitou a intervenção do presidente do Tribunal de Justiça para efeitos de designação oficiosa do referido médico. Em 25 de julho de 2007, tendo em conta a designação e a aceitação da sua missão pelo terceiro médico, o PMO mandatou em nome da Junta Médica.

28 A Junta Médica realizou duas sessões, em 3 de janeiro e 13 de outubro de 2008, na sequência das quais o terceiro médico elaborou um relatório com data de 12 de novembro de 2008 (a seguir «relatório da Junta Médica»).

29 O relatório da Junta Médica confirma que o recorrente apresenta uma taxa de DIFP de 62% e que o prejuízo estético permanente de 3/7 justifica uma indemnização complementar de 1,5%. Além disso, reconhece que o recorrente sofre de um prejuízo nas atividades de lazer de 2/7, que justifica uma indemnização complementar de 1%.

30 O relatório da Junta Médica confirma igualmente a data da consolidação das lesões do recorrente, ou seja, 28 de junho de 2005.

31 O relatório da Junta Médica foi assinado pelo médico designado pela instituição.

32 Por cartas de 2 de dezembro de 2008, 21 de janeiro de 2009 e 28 de março de 2009, o médico designado pelo recorrente comunicou o seu desacordo com o relatório da Junta Médica, que ele finalmente assinou e remeteu ao terceiro médico em 28 de março de 2009. No tocante às conclusões a que chegava o referido relatório, o médico designado pelo recorrente alegou, assim, que a Junta Médica deveria ter utilizado a antiga tabela de avaliação dos DIFP, o que teria conduzido a uma taxa de invalidez permanente mais elevada.

33 O relatório da Junta Médica foi recebido pelo PMO em 9 de junho de 2009. Face a esse relatório, a AIPN, por decisão de 27 de julho de 2009, reconheceu ao recorrente a taxa de DIFP que atinge no total 64,5%, e indicou-lhe que o saldo do capital que lhe era devido, que ascendia a 9 543,31 euros e que correspondia a uma taxa de DIFP de 1%, lhe seria pago. A soma em causa foi paga ao recorrente em 9 de novembro de 2009.

34 Em 23 de outubro de 2009, o recorrente apresentou uma reclamação, ao abrigo do artigo 90.º, n.º 2, do Estatuto, contra a decisão da AIPN de 27 de julho de 2009. A reclamação foi completada por uma argumentação detalhada, com data de 8 de dezembro de 2009. Essa reclamação foi indeferida por decisão da AIPN de 15 de fevereiro de 2010.

Pedidos das partes

35 O recorrente conclui pedindo que o Tribunal se digne:

— anular a decisão da AIPN, de 27 de julho de 2009, que encerra o procedimento iniciado nos termos do artigo 73.º do Estatuto na sequência do acidente de 8 de dezembro de 2003, e lhe reconhece uma taxa de DIFP de 64,5%;

— anular, na medida do necessário, a decisão de 15 de fevereiro de 2010 que indefere a reclamação do recorrente;

— por consequência, concluir pela avaliação da taxa dos seus DIFP com base na regulamentação de cobertura e na tabela de avaliação dos DIFP em vigor no dia do acidente e até 1 de janeiro de 2006, e pela retoma da análise do pedido por ele apresentado nos termos do artigo 73.º do Estatuto por uma Junta Médica composta de forma imparcial, independente e neutra que possa trabalhar rapidamente, de forma independente e sem *a priori*;

— condenar a Comissão aos juros de mora sobre o capital devido a título do artigo 73.º do Estatuto a uma taxa de 12% por um período que se iniciou o mais tardar em 8 de dezembro de 2004 até ao pagamento completo do capital;

— condenar a Comissão no pagamento de indemnização por perdas e danos, fixados *ex aequo et bono* em 50 000 euros pelo prejuízo moral sofrido devido à decisão contestada;

— fixar a atribuição da indemnização por perdas e danos em 15 000 euros pelo prejuízo material sofrido;

— condenar a Comissão na totalidade das despesas.

36 A Comissão conclui pedindo que o Tribunal se digne:

— declarar o recurso inadmissível e, no mínimo, negar-lhe provimento;

— decidir nos termos legais sobre as despesas.

Questão de direito

Quanto ao objeto do litígio

37 Além da anulação da decisão de 27 de julho de 2009, pela qual a AIPN decidiu reconhecer-lhe uma taxa de DIFP de 64,5% (a seguir «decisão de 27 de julho de 2009»), o recorrente solicita a anulação da decisão de 15 de fevereiro de 2010 que indefere a sua reclamação. A esse propósito, deve recordar-se que os pedidos de anulação formalmente dirigidos contra o indeferimento de uma reclamação têm por efeito submeter à apreciação do Tribunal o ato contra o qual foi apresentada a reclamação, uma vez que são, como tais, desprovidos de conteúdo autónomo (v., neste sentido, acórdão do Tribunal de Justiça de 17 de janeiro de 1989, Vainker/Parlamento, 293/87, n.º 8; acórdão do Tribunal de Primeira Instância de 6 de abril de 2006, Camós Grau/Comissão, T-309/03, n.º 43).

38 Sendo os pedidos de anulação dirigidos à decisão de indeferimento da reclamação apresentada contra a decisão de 27 de julho de 2009, no caso em apreço, desprovidas de conteúdo autónomo, o recurso deve ser visto como formalmente dirigido a esta última decisão.

Quanto aos pedidos para efeitos de anulação

39 Em apoio dos seus pedidos para efeitos de anulação, o recorrente invoca oito fundamentos, relativos:

— o primeiro, à ilegalidade da tabela de avaliação dos DIFP que lhe foi aplicada;

— o segundo, à violação de uma convenção celebrada entre a Comunidade Europeia e uma companhia de seguros, bem como à violação do artigo 73.º do Estatuto por a Comissão ter feito prevalecer os interesses «das seguradoras»;

— o terceiro, à violação do prazo razoável, do princípio da boa administração e do dever de solicitude;

— o quarto, à violação dos princípios da segurança jurídica e da não-retroatividade, bem como à ofensa dos direitos adquiridos;

— o quinto, ao caráter não oponível da nova regulamentação de cobertura;

— o sexto, à irregularidade da designação do terceiro médico da Junta Médica e à violação do princípio da boa-fé;

— o sétimo, à violação dos princípios da colegialidade, da independência, da imparcialidade e da neutralidade que devem presidir aos trabalhos da Junta Médica;

— o oitavo, à violação pela Junta Médica do seu mandato, a um erro manifesto que vicia o relatório da Junta Médica e a uma fundamentação irregular deste.

40 Deve examinar-se, antes de mais, o quarto fundamento, relativo à violação dos princípios da segurança jurídica e da não retroatividade, bem como à ofensa dos direitos adquiridos.

Quanto ao fundamento relativo à ofensa dos direitos adquiridos e à violação dos princípios da segurança jurídica e da não retroatividade

¾ Quanto à admissibilidade do fundamento

41 A Comissão sustenta que o fundamento em causa é inadmissível. Com efeito, terá já sido invocado pelo recorrente no quadro de uma reclamação que tinha apresentado anteriormente no decurso do mesmo procedimento iniciado nos termos do artigo 73.º do Estatuto. Ora, essa reclamação, segundo a Comissão, foi objeto de uma decisão de indeferimento de 31 de julho de 2006, a qual, não tendo sido contestada, se tornou definitiva.

42 No entanto, não há qualquer dúvida e não é, aliás, contestado pela Comissão que a decisão de 27 de julho de 2009 é um ato que causa prejuízo e que o indeferimento da reclamação, que a Comissão invoca, é anterior a essa decisão.

43 Ora, o recorrente pode invocar qualquer fundamento, argumento ou facto suscetível de pôr em causa a legalidade de um ato que lhe causa prejuízo, e isso, mesmo que tenha já invocado esse mesmo fundamento, argumento ou facto em apoio de uma reclamação anterior relativa a um ato distinto (v., neste sentido, acórdão do Tribunal da Função Pública de 14 de setembro de 2011, A/Comissão, F-12/09, n.º 136, que é objeto de recurso pendente no Tribunal Geral da União Europeia, processo T-595/11 P).

¾ Quanto à procedência do fundamento

44 Nos termos dos artigos 30.° e 31.° da nova regulamentação de cobertura, a antiga regulamentação de cobertura é revogada e a nova regulamentação entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao mês durante o qual o comum acordo das instituições previsto no artigo 73.º, n.º 1, do Estatuto tiver sido declarado pelo Presidente do Tribunal de Justiça e é aplicável a partir dessa data. No caso em apreço, tendo o comum acordo das instituições previsto no artigo 73.º, n.º 1, do Estatuto sido declarado pelo Presidente do Tribunal de Justiça em 13 de dezembro de 2005, a nova regulamentação de cobertura entrou em vigor em 1 de janeiro de 2006. O artigo 30.º, segundo parágrafo, da nova regulamentação de cobertura especifica, no entanto, que a antiga regulamentação de cobertura, que deve compreender-se como incluindo a tabela de avaliação dos DIFP que lhe estava anexada, «continua a ser aplicável para todo e qualquer projeto de decisão [adotado pela AIPN] antes de

1 de janeiro de 2006», isto é, para qualquer projeto de decisão adotado antes dessa data e respeitante ao reconhecimento da origem acidental de um acontecimento ou da origem profissional de uma doença, à fixação do grau dos DIFP e ao montante do capital correspondente.

45 O recorrente sustenta que a aplicação a seu respeito da tabela de avaliação dos DIFP anexada à nova regulamentação de cobertura viola os direitos que adquiriu ao abrigo das disposições da antiga regulamentação de cobertura. Alega que o acidente, a declaração de acidente, ou mesmo a consolidação das lesões, levam à constituição de direitos adquiridos na esfera jurídica do segurado nas suas datas respetivas. Por consequência, mesmo que nenhum projeto de decisão tivesse sido ainda adotado pela AIPN no quadro do procedimento iniciado na sequência do acidente de 8 de dezembro de 2003, a tabela de avaliação dos DIFP que estava anexada à antiga regulamentação de cobertura deveria ter-lhe sido aplicada.

46 O recorrente alega assim a ilegalidade do artigo 30.º da regulamentação de cobertura, na medida em que só prevê a manutenção da tabela de avaliação dos DIFP que estava anexada à antiga regulamentação de cobertura nos procedimentos iniciados antes de 1 de janeiro de 2006, data da entrada em vigor da nova regulamentação de cobertura, na hipótese de o procedimento ter chegado, nessa data, à fase de projeto de decisão adotado pela AIPN, quando, uma vez que o acidente, a declaração de acidente ou a consolidação das lesões ocorreram antes de 1 de janeiro de 2006, a antiga regulamentação deveria continuar a aplicar-se até ao fim do procedimento iniciado nos termos do artigo 73.º do Estatuto.

47 A esse propósito, deve recordar-se, a título preliminar, que, segundo um princípio geralmente reconhecido, uma nova regra se aplica, salvo derrogação, imediatamente às situações a surgir, bem como aos efeitos futuros das situações nascidas, sem estarem, no entanto, inteiramente constituídas, na vigência da regra anterior (v., neste sentido, acórdãos do Tribunal de Justiça de 15 de fevereiro de 1978, Bauche e Delquignies, 96/77, n.º 48; de 16 de maio de 1979, Tomadini, 84/78, n.º 21; de 5 de fevereiro de 1981, P./Comissão, 40/79, n.º 12; de 10 de julho de 1986, Licata/CES, 270/84, n.º 31, e de 29 de janeiro de 2002, Pokrzeptowicz-Meyer, C-162/00, n.º 50; despacho do Tribunal de Justiça de 13 de junho de 2006, Echouikh, C-336/05, n.º 54; acórdão do Tribunal de Justiça de 22 de dezembro de 2008, Centeno Mediavilla e o./Comissão, C-443/07 P, n.os 61 a 63; acórdãos do Tribunal da Função Pública de 30 de novembro de 2006, Balabanis e Le Dour/Comissão, F-77/05, n.º 39, e de 4 de setembro de 2008, Lafili/Comissão, F-22/07, n.º 84).

48 No caso em apreço, há, portanto, que verificar se, no momento em que a nova regulamentação de cobertura se tornou aplicável, ou seja, em 1 de janeiro de 2006, o recorrente se encontrava, tal como afirma, numa situação inteiramente constituída na vigência da tabela de avaliação dos DIFP que estava anexada à antiga regulamentação de cobertura. Só nesta hipótese se poderá efetivamente reconhecer que a tabela da nova regulamentação de cobertura — tabela que não pode, de resto, ser vista como uma regra de procedimento [v., *a contrario*, acórdão do Tribunal de Justiça de 6 de julho de 1993, CT Control (Rotterdam) e JCT Benelux/Comissão, C-121/91 e C-122/91, n.os 22 e 23] — foi aplicada de forma retroativa ao recorrente. Nesse caso, haverá que examinar a ilegalidade suscitada pelo recorrente e, mais particularmente, a legalidade da aplicação retroativa da tabela da nova regulamentação de cobertura à luz dos princípios da segurança jurídica e do respeito da confiança legítima.

49 Antes de examinar esta questão, importa sublinhar que, segundo o artigo 12.º, n.º 2, da antiga regulamentação de cobertura, tal como, aliás, segundo o artigo 11.º, n.º 3, da nova regulamentação de cobertura, o capital previsto no artigo 73.º, n.º 2, alínea c), do Estatuto, em caso de invalidez permanente parcial, é determinado em função das taxas previstas na tabela de avaliação dos DIFP anexada a cada uma dessas regulamentações.

50 Nestas condições, para que a situação de um segurado seja inteiramente constituída na vigência da tabela de avaliação dos DIFP que estava anexada à antiga regulamentação de cobertura, deve ser demonstrado que, o mais tardar no dia anterior à data de entrada em vigor da nova regulamentação de

cobertura, ou seja, em 31 de dezembro de 2005, a sua situação era tal que permitia a constituição de um direito à fixação dos seus DIFP segundo as taxas previstas na tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura.

51 A este propósito, deve observar-se que a simples ocorrência do acidente ou da doença profissional não basta para se dar a constituição, na esfera do segurado, de um direito à fixação dos seus DIFP.

52 É verdade que o artigo 73.º do Estatuto prevê que o funcionário «está coberto, desde a data de início de funções» contra os riscos de doença profissional e acidente. Essa disposição prevê igualmente que as prestações que cobrem esses riscos são «garantidas» ao funcionário.

53 Todavia, se o legislador da União instituiu um regime de seguro contra os riscos de acidente e de doença profissional, as instituições, agindo nos termos do artigo 73.º, n.º 1, do Estatuto, fizeram depender a data do início do direito às prestações de seguro em causa, e, portanto, o seu pagamento, o respeito de um certo número de condições.

54 Assim, por força do disposto no artigo 20.º, primeiro parágrafo, da antiga regulamentação de cobertura, como, aliás, no artigo 19.º, n.º 3, da nova regulamentação de cobertura, a decisão relativa à fixação do grau dos DIFP só pode ocorrer após a consolidação das lesões do segurado, sendo a consolidação o estado de uma vítima cujas lesões estabilizaram de tal forma que já não se afiguram suscetíveis de cura ou de melhoras, não sendo um tratamento já, em princípio, indicado a não ser para evitar o seu agravamento (acórdão do Tribunal de Primeira Instância de 21 de maio de 1996, W/Comissão, T-148/95, n.º 36).

55 Isso significa, tal como o Tribunal de Justiça decidiu no seu acórdão de 14 de julho de 1981, Suss/Comissão (C-186/80, n.º 15; v. igualmente acórdão do Tribunal da Função Pública de 17 de fevereiro de 2011, Strack/Comissão, F-119/07, n.º 88), que o direito ao pagamento do subsídio referido no artigo 73.º, n.º 2, alínea c), do Estatuto em caso de invalidez permanente parcial, como no caso em apreço, se constitui apenas no momento da consolidação de todas as lesões. Por isso, só a partir dessa data o segurado dispõe de um direito à fixação dos seus DIFP.

56 Estando a situação do segurado, em relação ao seu direito à fixação da taxa dos seus DIFP, inteiramente constituída no momento da consolidação das suas lesões, ao segurado deve, em princípio, aplicar-se a tabela de avaliação dos DIFP em vigor à data dessa consolidação.

57 De resto, deve sublinhar-se que, contrariamente ao que sustenta a Comissão, a situação do segurado em matéria de cobertura contra os riscos de acidente ou de doença profissional se distingue nitidamente da do aprovado num concurso em matéria de direito à classificação em grau, em causa no acórdão Centeno Mediavilla e o./Comissão, já referido (n.ºs 63 a 68). Com efeito, a classificação em grau do aprovado num concurso está subordinada à nomeação do interessado. Ora, a administração dispõe de um amplo poder de apreciação no tocante à nomeação dos aprovados num concurso, sendo esse amplo poder de apreciação o corolário do facto de os textos não preverem que os aprovados num concurso são titulares, nessa qualidade, de um direito a serem nomeados. Pelo contrário, a indemnização do segurado na sequência de um acidente ou de uma doença profissional não resulta de uma escolha da administração, efetuada no uso de um amplo poder de apreciação de que ela disponha, mas da declaração da verificação de uma invalidez permanente após a consolidação.

58 Por certo, é verdade, como observa a Comissão, que, à data da consolidação das lesões, o segurado só era ainda credor de uma «dívida de valor», e não de uma «dívida de quantia determinada», sendo o montante devido fixado no momento da adoção da decisão da AIPN que fixa, com base nas apreciações médicas, a taxa dos DIFP e o montante do capital correspondente.

59 Todavia, se bem que o crédito do segurado seja líquido só no momento da adoção da decisão da AIPN, com base no parecer do médico da instituição ou da Junta Médica, que fixa o montante do capital devido, tal decisão, que encerra, em princípio, o procedimento iniciado nos termos do artigo 73.º do Estatuto, supõe que, previamente, se tenha fixado a taxa dos DIFP do segurado. Ora, a questão que se coloca, no caso em apreço, é precisamente a de determinar a tabela de avaliação dos DIFP em função da qual cabe ao médico designado pela instituição e, tal sendo o caso, à Junta Médica, avaliar os DIFP de um segurado cuja consolidação das lesões físicas ou psíquicas ocorreu antes da entrada em vigor da nova regulamentação de cobertura.

60 Por fim, se a data de adoção pela AIPN do projeto de decisão que fixa a taxa dos DIFP do segurado e o montante do capital correspondente fosse a data relevante para a determinação da tabela de avaliação dos DIFP aplicável, tal como resulta do artigo 30.º da nova regulamentação de cobertura, isso poderia conduzir à aplicação de regras diferentes a pessoas cuja consolidação das lesões tivesse, porém, tido lugar no mesmo momento, consoante o grau de celeridade demonstrada pela administração quando do processamento dos respetivos processos, e isso, não sem risco de arbitrariedade (v., a propósito da determinação do direito aplicável em matéria de liquidação de direitos de pensão complementar, acórdão do Tribunal Geral da União Europeia de 18 de outubro de 2011, Purvis/Parlamento, T-439/09, n.ºs 39 e 40).

61 No caso em apreço, resulta dos autos e, em particular, do relatório do médico designado pela instituição, de 21 de setembro de 2006, que a data da consolidação das lesões do recorrente foi fixada em 28 de junho de 2005. É, portanto, a partir dessa data que o recorrente detinha o direito ao cálculo da sua taxa de DIFP em função da tabela de avaliação dos DIFP anexada à regulamentação de cobertura dos riscos de acidente e de doença profissional aplicável nessa data, isto é, segundo a tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura.

62 Tendo em conta as considerações que precedem, afigura-se que o artigo 30.º da regulamentação de cobertura, na medida em que prevê que a tabela que é anexada a essa regulamentação é aplicável, na falta de projeto de decisão da AIPN que fixe a taxa de DIFP, aos segurados, vítimas de um acidente e ou de uma doença profissional, cujas lesões se consolidaram antes da data da sua entrada em vigor, ou seja, antes de 1 de janeiro de 2006, visa, no tocante a esses segurados, situações inteiramente constituídas na vigência da tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura. O artigo 30.º da regulamentação de cobertura dá, portanto, nesse aspeto, um alcance retroativo à tabela que lhe foi anexada.

63 Ora, regra geral, o princípio da segurança das situações jurídicas opõe-se a que a aplicação no tempo de um ato da União tenha o seu início em data anterior à sua entrada em vigor (v., neste sentido, acórdão do Tribunal de Justiça de 22 de novembro de 2001, Países Baixos/Conselho, C-110/97, n.º 151 e jurisprudência referida).

64 Todavia, a título excecional, isto pode não acontecer, quando a finalidade a atingir o exija e quando a confiança legítima dos interessados seja devidamente respeitada (acórdãos do Tribunal de Justiça de 25 de janeiro de 1979, Racke, 98/78, n.º 20; de 13 de novembro de 1990, Fedesa e o., C-331/88, n.º 45, e Países Baixos/Conselho, já referido, n.º 151).

65 No caso em apreço, as condições mencionadas no número precedente não se afiguram preenchidas. Antes de mais, a Comissão não demonstrou a existência de uma finalidade que exija a aplicação retroativa da nova regulamentação de cobertura. A esse propósito, o argumento relativo às insuficiências da tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura, a qual, para retomar os termos das *Informações administrativas* n.º 91-2005 de 19 de dezembro de 2005, que anunciam ao pessoal da Comissão a entrada em vigor da nova regulamentação de cobertura, seria «vetusta, difícil de utilizar e sem dimensão europeia» [tendo a antiga tabela sido a «Tabela [o]ficial [b]elga das [i]nvalidezes» (BOBI)], não explica, de forma convincente, porque é que era necessário, para atingir o objetivo de modernização da referida tabela, conferir-lhe um alcance retroativo.

66 Em seguida, a aplicação da tabela de avaliação dos DIFP anexada à nova regulamentação de cobertura a segurados, vítimas, antes da entrada em vigor, em 1 de janeiro de 2006, desta nova regulamentação de cobertura, de um acidente ou de uma doença profissional e cujas lesões se consolidaram antes dessa data, violou necessariamente a confiança legítima desses segurados.

67 Mesmo admitindo, como observou a Comissão no decurso da audiência, que a aplicação da tabela de avaliação dos DIFP anexada à nova regulamentação de cobertura possa, consoante a natureza das lesões em causa, conduzir, quer a um aumento da cobertura do risco de acidente ou de doença profissional, quer a uma diminuição dessa cobertura, por comparação à tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura, a unidade e a aplicação uniforme de uma regulamentação de cobertura dos riscos de acidente e de doença profissional adotada de comum acordo pelas instituições exigem, em princípio, que a entrada em vigor dessa regulamentação tenha lugar na mesma data em todas as instituições e para todo o seu pessoal, salvo disposição em contrário destinada precisamente a proteger os direitos adquiridos ao abrigo da regulamentação antiga (v., por analogia, acórdão Racke, já referido, n.º 16). Na verdade, não pode proibir-se às instituições estender, para situações surgidas e definitivamente constituídas na vigência da antiga regulamentação de cobertura, o benefício da nova regulamentação se ela for mais favorável para os segurados, mas nenhuma disposição transitória nesse sentido figura na nova regulamentação de cobertura.

68 Resulta de tudo o que precede que a nova regulamentação de cobertura deve ser declarada ilegal na medida em que prevê a aplicação da tabela que lhe está anexada aos segurados, vítimas de um acidente ou de uma doença profissional, cujas lesões foram consolidadas anteriormente à sua entrada em vigor.

69 Foi, portanto, erradamente que a Junta Médica, quando apresentou o seu relatório, em 9 de junho de 2009, e mais tarde a AIPN, quando adotou a decisão de 27 de julho de 2009, aplicaram a tabela de avaliação dos DIFP anexada à nova regulamentação de cobertura. Há, por consequência, que anular com esse fundamento a decisão de 29 de julho de 2009, sem que haja necessidade de conhecer, no quadro dos presentes pedidos de anulação, dos outros fundamentos invocados pelo recorrente.

Quanto aos pedidos indemnizatórios

70 O recorrente invoca a existência de três prejuízos distintos: um prejuízo que justifica o pagamento de juros de mora, um prejuízo material e um prejuízo moral.

Quanto ao pagamento de juros de mora

71 O recorrente pede ao Tribunal que condene a Comissão em juros de mora sobre o capital devido a título do artigo 73.º do Estatuto.

72 O recorrente não especifica na parte dos seus articulados relativa a esse pedido indemnizatório, com base em que facto ilícito apresenta o referido pedido. No entanto, indica, de maneira mais geral, que a Comissão deve ser responsabilizada a título das ilegalidades que ele invocou em apoio dos seus pedidos de anulação.

73 Perante os fundamentos e acusações que ele invocou a esse título, resulta claro que o recorrente entende basear o seu pedido de pagamento de juros de mora na acusação relativa ao facto de a administração não ter decidido num prazo razoável.

74 Deve, portanto, examinar-se se o prazo de adoção da decisão de 27 de julho de 2009 foi desrazoável.

75 Antes de mais, deve lembrar-se que as disposições do artigo 20.º da antiga regulamentação de cobertura preveem que o segurado é obrigado a transmitir um relatório médico que declare a consolidação do seu estado, a fim de que a AIPN possa adotar uma decisão que fixa a taxa dos DIFP.

76 Ora, no caso em apreço, só pelo relatório de 28 de junho de 2005, elaborado por um médico escolhido pelo recorrente e comunicado ao PMO em 30 de junho de 2005, é que este foi informado da consolidação das lesões do recorrente, ocorrida em 28 de junho de 2005.

77 Por conseguinte, no tocante ao período compreendido entre 8 de dezembro de 2003, data do acidente, e 30 de junho de 2005, data da receção pelo PMO do relatório do médico designado pelo recorrente relativo à consolidação das lesões, o prazo assim decorrido é, portanto, imputável, pelo menos na maior parte, ao recorrente.

78 Em seguida, o prazo de cerca de quinze meses no termo do qual o médico designado pela instituição elaborou o seu relatório, com data de 21 de setembro de 2006, destinado à AIPN, não se afigura desrazoável. Com efeito, o referido médico baseou a sua apreciação em seis exames complementares realizados durante esse período e que relevam, pelo menos, de quatro especialidades médicas diferentes (psiquiatria, oftalmologia, reumatologia, otorrinolaringologia).

79 Por conseguinte, o projeto de decisão da AIPN, de 7 de novembro de 2006, que fixa a taxa de DIFP do recorrente e o montante do capital concedido em consequência foi-lhe comunicado em 21 de novembro do mesmo ano, isto é, dentro do prazo de três meses a contar da data da elaboração do relatório do médico designado pela instituição, o que não se afigura desrazoável.

80 Em desacordo com o projeto de decisão da AIPN, de 7 de novembro de 2006, que fixa a sua taxa de DIFP e o montante da sua indemnização, o recorrente pediu a intervenção da Junta Médica por carta de 18 de janeiro de 2007.

81 Não tendo o médico designado pelo recorrente e o médico designado pela instituição chegado a acordo quanto ao nome do terceiro médico que deveria ter assento na Junta Médica, o recorrente, por carta de 5 de maio de 2007, solicitou a intervenção do Presidente do Tribunal de Justiça para efeitos da designação oficiosa do referido médico.

82 Em 25 de julho de 2007, tendo em conta a designação e a aceitação da sua missão pelo terceiro médico, o PMO mandatou-o em nome da Junta Médica.

83 Assim, o prazo que decorreu entre a data do projeto de decisão de 7 de novembro de 2006 e 25 de julho de 2007, data em que a Junta Médica pôde começar os seus trabalhos, resulta, portanto, dos próprios desenvolvimentos do processo e não é imputável à inação da Comissão.

84 Por conseguinte, o relatório da Junta Médica foi elaborado em 12 de novembro de 2008, isto é cerca de quinze meses após a referida Junta estar em condições de começar os seus trabalhos. Tal prazo não se afigura desrazoável tendo em conta as circunstâncias do caso concreto.

85 Com efeito, um primeiro relatório da Junta Médica, por certo incompleto, foi redigido pelo terceiro médico já em 10 de janeiro de 2008, após a realização, em 3 de janeiro precedente, da primeira reunião dessa Junta. No entanto, esse relatório deu lugar a diversas trocas de cartas, entre as quais uma carta do médico designado pelo recorrente, duas cartas do próprio recorrente e uma carta do médico designado pela instituição.

86 No relatório de 12 de novembro de 2008, que elaborou em nome da Junta Médica, o terceiro médico indicou, nomeadamente, que uma das cartas do recorrente estava acompanhada de «numerosos e volumosos anexos» relativos às suas atividades extraprofissionais. Mencionando igualmente que o recorrente, numa carta de 28 de fevereiro de 2008, tinha formulado novas observações respeitantes à ajuda de uma terceira pessoa, o terceiro médico especifica:

«[P]essoalmente, fomos surpreendidos pela dimensão do seu pedido tendo em conta as queixas expressas na primeira [reunião] e isso, tendo também em conta as questões precisas que nós lhe tínhamos dirigido na altura da primeira [reunião] […]»

87 Embora não se possa censurar um segurado, no quadro de um procedimento instaurado nos termos do artigo 73.º do Estatuto, por fazer chegar à Junta Médica toda a documentação ou todas as observações que considera necessárias para permitir a esta pronunciar-se, é claro que a apresentação de elementos volumosos da mesma forma que a comunicação, no decurso do procedimento, de novas observações sobre questões abordadas anteriormente, contribuem para o alongamento do prazo de adoção de uma decisão que encerre o procedimento.

88 Por outro lado, ainda no relatório da Junta Médica de 12 de novembro de 2008, o terceiro médico indicou que tinha sido difícil combinar, em particular com o médico designado pelo recorrente, uma data para uma segunda reunião da Junta Médica e que esta só pôde realizar-se em 13 de outubro de 2008.

89 Na verdade, numa carta de 2 de dezembro de 2008, o médico designado pelo recorrente indicou que tinha proposto as datas de 26 e 29 de setembro de 2008 para a reunião da Junta Médica e que estas não convieram aos outros membros da Junta. No entanto, essas iniciativas do médico designado pelo recorrente não permitem isentá-lo da sua quota de responsabilidade no alongamento do prazo necessário para a fixação da data da segunda reunião da Junta Médica.

90 Assim, à luz dos desenvolvimentos que precedem, o prazo de cerca de quinze meses, que decorreu entre 25 de julho de 2005, data em que a Junta Médica pôde iniciar os seus trabalhos e 12 de novembro de 2008, data do relatório da Junta Médica, não se afigura desrazoável.

91 Por conseguinte, só em 9 de junho de 2009 o relatório da Junta Médica foi finalmente comunicado ao PMO, ou seja, cerca de sete meses após a elaboração pelo terceiro médico do referido relatório. No entanto, esse prazo explica-se, em parte pelo menos, pelo facto de o médico designado pelo recorrente ter, inicialmente, pedido ao terceiro médico encarregado da redação do relatório da Junta Médica, por cartas de 2 de dezembro de 2008 e de 21 de janeiro de 2009, a alteração do relatório — com cujo conteúdo os dois outros membros da Junta Médica estavam de acordo — e, não a conseguindo, só ter remetido o relatório com a sua assinatura em 28 de março de 2009.

92 Finalmente, com base no relatório da Junta Médica que tinha recebido em 9 de junho de 2009, a AIPN adotou a decisão de 27 de julho de 2009 e comunicou-a ao recorrente que dela tomou conhecimento em 9 de agosto de 2009. O prazo de dois meses que decorreu, assim, entre 9 de junho de 2009, data em que a AIPN dispôs do relatório da Junta Médica, e 9 de agosto de 2009, data em que fez chegar ao recorrente a decisão de 27 de julho de 2009, não se afigura desrazoável.

93 Em conclusão, nenhum dos prazos decorridos nas diferentes etapas do procedimento que conduziu à adoção da decisão de 27 de julho de 2009 se afigura desrazoável.

94 Além disso, mesmo tomando em conta o efeito cumulativo desses prazos e a parte imputável às demoras da administração, resulta dos elementos mencionados nos números precedentes que a decisão de 27 de julho de 2009 não foi adotada em prazo desrazoável (v., neste sentido, acórdão do Tribunal da Função Pública de 13 de janeiro de 2010, A e G/Comissão, F-124/05 e F-96/06, n.º 394).

95 Resulta do que precede que devem rejeitar-se os pedidos do recorrente que visam obter a condenação da Comissão no pagamento de juros de mora sobre o capital que lhe foi já pago.

96 No entanto, o recorrente parece incluir no capital com base no qual os juros de mora devem ser calculados não somente o capital que lhe foi já pago, mas também o capital suplementar que, em sua opinião, lhe será pago com base na tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura.

97 No tocante a pedidos que visem obter o pagamento de juros de mora sobre as somas suplementares devidas ao recorrente pela aplicação da tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura, tal pagamento implica não só que seja demonstrado com certeza suficiente que o recorrente pode beneficiar de uma taxa de DIFP superior à que foi reconhecida pela decisão de 27 de julho de 2009 mas também que a taxa de DIFP de que ele beneficiará com base nessa tabela possa já ser fixada. Ora, tal não acontece. Por conseguinte, mesmo admitindo que se entende que o recorrente apresenta tais pedidos, eles seriam prematuros e deviam por isso, ser rejeitados.

Quanto ao prejuízo material

98 O recorrente inclui no prejuízo material que terá suportado, simultaneamente despesas ligadas ao funcionamento da Junta Médica, despesas ligadas à retoma dos trabalhos da Junta Médica na sequência da anulação da decisão de 27 de julho de 2009 e despesas e honorários do seu advogado na fase anterior ao recurso.

99 No tocante às despesas ligadas ao funcionamento da Junta Médica, essas despesas compreendem os honorários do médico designado pelo recorrente, despesas de deslocação e despesas diversas. O recorrente avalia essas despesas na soma de 5 500 euros.

100 No entanto, o recorrente não remete, nos seus articulados, para qualquer elemento dos autos suscetível de justificar tal montante.

101 Ora, segundo a jurisprudência, o prejuízo cujo ressarcimento é pedido deve ser real e certo, cabendo ao recorrente a respetiva prova (v., a título de exemplo, acórdão do Tribunal de Justiça de 9 de novembro de 2006, Agraz e o./Comissão, C-243/05 P, n.º 27).

102 Além disso, a petição não contém qualquer oferecimento de prova quanto a este ponto. Ora, de harmonia com o artigo 3[5].°, n.º 1, alínea [f]), do Regulamento de Processo do Tribunal da Função Pública, a petição deve conter as provas oferecidas, se a tal houver lugar.

103 Na falta dos elementos de prova mencionados nos números precedentes, deve concluir-se que o recorrente não justificou o alcance do prejuízo alegado, ainda que o pudesse fazer pois trata-se de pagamentos que ele terá efetuado. Devem, portanto, rejeitar-se os pedidos indemnizatórios do recorrente respeitantes às despesas de funcionamento da Junta Médica.

104 No tocante às despesas ligadas à retoma dos trabalhos da Junta Médica, caberá à AIPN, no termo do procedimento instaurado de novo na sequência do presente acórdão de anulação, adotar uma decisão relativa à assunção das despesas dos trabalhos da Junta Médica. Neste momento, é, portanto, prematura a pronúncia sobre esse prejuízo.

105 No tocante às despesas e honorários do advogado do recorrente relativos à fase anterior ao recurso, há que recordar que o desenrolar do procedimento pré-contencioso, tal como organizado pelo Estatuto, não implica que um funcionário seja representado nesta fase, sendo que, em contrapartida, segundo jurisprudência constante, a administração não deve interpretar as reclamações ou os pedidos de forma restritiva, devendo, pelo contrário, examiná-los com espírito de abertura. Por consequência, há que

reconhecer que, salvo circunstâncias excecionais, um funcionário não pode obter o reembolso das despesas e dos honorários dos seus advogados relativos à fase pré-contenciosa no âmbito de uma ação de indemnização. Ora, nada nos autos permite demonstrar a existência de tais circunstâncias excecionais (acórdão do Tribunal Geral de 10 de dezembro de 2008, Nardone/Comissão, T-57/99, n.os 139 e 140).

106 Resulta do que precede que devem rejeitar-se os pedidos que visam obter a condenação da Comissão no pagamento de uma indemnização a título do prejuízo material.

Quanto ao prejuízo moral

107 No caso em apreço, a petição não contém qualquer demonstração de que o prejuízo moral a título do qual o recorrente pede a reparação é insuscetível de ser integralmente reparado pela anulação da decisão de 27 de julho de 2009 e pelas medidas que a AIPN será obrigada a tomar na sequência dessa anulação.

108 Antes de mais, a ilegalidade declarada pelo Tribunal, relativa à violação dos direitos adquiridos não é de gravidade suficiente para justificar a concessão de uma indemnização a título do prejuízo moral.

109 Além disso, o recorrente limita-se a censurar a Comissão pela maneira, em sua opinião indigna, como foi tratado no procedimento seguido nos termos do artigo 73.º do Estatuto, e, mais tarde, na fase pré-contenciosa.

110 Não resulta, no entanto, dos elementos dos autos que a decisão de 27 de julho de 2009, nem aliás o indeferimento da reclamação de 16 de fevereiro de 2010, contenham uma apreciação explicitamente negativa das capacidades do recorrente suscetível de o ofender. Acontece o mesmo com o relatório da Junta Médica de 27 de novembro de 2008 em que essas duas decisões se baseiam.

111 Todavia, há que reconhecer que, devido ao presente acórdão de anulação, o recorrente se encontra de novo numa posição de expectativa quanto à solução definitiva do procedimento iniciado nos termos do artigo 73.º do Estatuto na sequência do acidente de 8 de dezembro de 2003. Tal prolongamento da situação de expectativa e de incerteza, provocado pela ilegalidade da decisão de 27 de julho de 2009, constitui um prejuízo moral que deve avaliar-se *ex aequo et bono* na soma de 2 500 euros.

112 A esse propósito, dado que o prejuízo moral em questão resulta diretamente da decisão de 27 de julho de 2009, a Comissão não pode utilmente invocar o fundamento de inadmissibilidade relativo ao facto de ter já conhecido, por decisão tornada definitiva, de pedido indemnizatório equivalente, apresentado pelo recorrente nos termos do artigo 90.º, n.º 1, do Estatuto.

113 Por conseguinte, a Comissão deve ser condenada a pagar ao recorrente a quantia de 2 500 euros a título de prejuízo moral.

Quanto aos pedidos para obter, em substância, uma nova avaliação do DIFP por uma Junta Médica composta de forma imparcial e com base na antiga regulamentação de cobertura

114 Segundo jurisprudência constante, não compete ao juiz da União dirigir injunções à administração ou fazer declarações no âmbito da fiscalização da legalidade baseada no artigo 91.º do Estatuto (v., por exemplo, acórdão do Tribunal Geral de 12 de junho de 2002, Mellone/Comissão, T-187/01, n.º 16).

115 O recorrente pede ao Tribunal que conclua pela avaliação da taxa dos seus DIFP com base na tabela de avaliação dos DIFP anexada à antiga regulamentação de cobertura, bem como «pela retoma da análise do pedido apresentado pelo recorrente a título do artigo 73.º do Estatuto por uma Junta Médica composta de forma imparcial, independente e neutra que possa trabalhar rapidamente, com toda a

independência e sem *a priori*». Na medida em que o recorrente apresenta assim pedidos tendentes a obter uma declaração ou uma injunção contra a administração, esses pedidos devem ser declarados inadmissíveis.

116 Em conclusão, a decisão de 27 de julho de 2009 é anulada e a Comissão é condenada a pagar ao recorrente uma soma de 2 500 euros a título do prejuízo moral. Quanto ao restante, os pedidos do recorrente devem ser rejeitados.

Quanto às despesas

117 Por força do artigo 87.º, n.º 1, do Regulamento de Processo, sem prejuízo de outras disposições do capítulo VIII do título II do referido regulamento, a parte vencida é condenada nas despesas, se a parte vencedora o tiver requerido. Por força do disposto no n.º 2 do mesmo artigo, quando razões de equidade o exijam, o Tribunal pode decidir que uma parte vencida seja condenada apenas parcialmente nas despesas, ou mesmo que não seja condenada nas despesas.

118 Resulta dos fundamentos acima enunciados que a Comissão é a parte vencida, no essencial. Além disso, o recorrente, nos seus pedidos, requereu expressamente que a Comissão fosse condenada nas despesas. Não justificando as circunstâncias do caso em apreço a aplicação das disposições do artigo 87.º, n.º 2, do Regulamento de Processo, a Comissão deve suportar as suas próprias despesas e é condenada a suportar as despesas efetuadas pelo recorrente.

Pelos fundamentos expostos,

O TRIBUNAL DA FUNÇÃO PÚBLICA (Terceira Secção)

decide:

1) A decisão de 27 de julho de 2009, que encerra o procedimento iniciado nos termos do artigo 73.º do Estatuto dos Funcionários da União Europeia na sequência do acidente de 8 de dezembro de 2003 de que foi vítima C. Guittet, é anulada.

2) A Comissão Europeia é condenada a pagar a C. Guittet a quantia de 2 500 euros.

3) É negado provimento ao recurso quanto ao restante.

4) A Comissão Europeia suportará as suas próprias despesas e é condenada a suportar as despesas efetuadas por C. Guittet.

Van Raepenbusch Barents Bradley

Proferido em audiência pública no Luxemburgo, em 13 de junho de 2012.

O secretário
W. Hakenberg

O presidente
S. Van Raepenbusch