

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR MINISTRO ALEXANDRE DE MORAES, D. RELATOR DA EXECUÇÃO PENAL N. 169/DF NO E. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

JAIR MESSIAS BOLSONARO, por seus advogados que esta subscrevem, nos autos do processo em epígrafe, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, expor e requerer o quanto segue:

A fim de reavaliar a compatibilidade do quadro de saúde do Peticionário com o ambiente carcerário no qual o ex-presidente se encontra preso, Vossa Excelência determinou a produção de perícia médica.

Os exames e avaliações necessários foram então realizados pelos médicos nomeados para tanto, bem como também pelos médicos indicados como assistentes técnicos, responsáveis pelo tratamento e acompanhamento do Peticionário (doc. 01) e de seu atual fisioterapeuta (doc. 02).

Desde logo, é importante destacar que o presente requerimento não se apresenta de forma isolada, mas se insere em linha evolutiva já amplamente documentada nos autos, por meio da qual a Defesa vem apontando a progressiva deterioração do quadro clínico do Peticionário, com a materialização de riscos antes apenas projetados.

Isto posto, é certo que a precariedade do estado de saúde e os riscos hoje já comprovados estão demonstrados nos presentes autos de forma ampla e unânime.

Neste sentido, o laudo elaborado pelos peritos oficiais apontou ser “inegável a presença de comorbidades crônicas que ensejam controle e acompanhamento”, descrevendo multimorbidade e apontando que, “Apesar do controle clínico e da disponibilidade de protocolos de pronta resposta para atendimento de urgência e emergência, é necessária otimização dos tratamentos e das medidas preventivas por profissionais especializados em decorrência do risco de complicações, principalmente eventos cardiovasculares”. Ademais, apontou também que “O periciado apresenta sinais e sintomas neurológicos que aumentam o risco potencial de novos episódios de queda”.

Conclusões, neste ponto, também encontradas pelos assistentes técnicos médicos da defesa e pelo fisioterapeuta responsáveis pelo acompanhamento do Peticionário, que de forma fundamentada demonstram a atual incompatibilidade da situação de saúde complexa comprovada com o ambiente carcerário. Vejamos.

DOS PARECERES E LAUDOS APRESENTADOS PELOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E FISIOTERAPEUTA

Em atendimento ao despacho proferido no último dia 06 de fevereiro, a Defesa ora apresenta **parecer técnico médico** elaborado pelo assistente técnico por ela indicado, **Dr. Cláudio Birolini**, que há anos acompanha a evolução do quadro clínico do Peticionário, o qual se soma à perícia oficial realizada pela Junta Médica da Polícia Federal, para que ambos possam ser analisados de forma conjunta e sob a luz da jurisprudência já consolidada desta Suprema Corte.

Conforme adiantado, o parecer ora anexado não se limita a discordar abstratamente da perícia oficial, mas procede a **análise clínica aprofundada**, com exame direto do paciente, estudo minucioso do histórico médico, correlação entre laudos de imagem, exames laboratoriais, relatórios especializados e evolução funcional, oferecendo resposta objetiva ao ponto central que se coloca nesta execução penal: **a**

compatibilidade real entre o quadro clínico do Peticionário e o ambiente de custódia carcerária.

O quadro de multimorbidade grave, composto por doenças crônicas múltiplas, sequelas cirúrgicas relevantes, alterações funcionais e a interação dos medicamentos necessários foi corroborado por todos os laudos apresentados. Assim como a potencialização de riscos clínicos de elevada gravidade.

E, de fato, o parecer técnico subscrito pelo assistente técnico da Defesa, Dr. Cláudio Birolini, conclui também que **“o conjunto de doenças crônicas, sequelas cirúrgicas e alterações funcionais descritas configura quadro de multimorbidade grave, de caráter permanente e progressivo, com risco de descompensação súbita e de eventos cardiovasculares, respiratórios, infecciosos, metabólicos e traumáticos potencialmente fatais”**.

O histórico médico documenta sucessivas internações, múltiplas intervenções cirúrgicas abdominais, episódios recorrentes de pneumonia aspirativa, apneia obstrutiva do sono em grau grave, hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose coronariana e carotídea, além de alterações neurológicas, instabilidade postural e uso contínuo de medicações com efeitos centrais e cardiovasculares.

O parecer técnico destaca, ainda, que o histórico médico do Peticionário **“demonstra padrão de internações recorrentes, múltiplas intervenções cirúrgicas e episódios agudos de relevância clínica, documentados por laudos de imagem, exames laboratoriais e relatórios especializados”**, acrescentando que tais condições **“interagem de forma sinérgica, aumentando substancialmente o risco de insuficiência respiratória aguda, pneumonia aspirativa, crises hipertensivas, eventos isquêmicos cerebrais e coronarianos, arritmias, quedas com traumatismos, incluindo traumatismo cranioencefálico, e deterioração funcional acelerada”**.

Em suma, ambos os pareceres narraram a existência de **condição clínica permanente e progressiva**, cuja estabilidade é apenas relativa e depende, de maneira estrita, da observância rigorosa de medidas terapêuticas contínuas.

Destarte, faz-se necessário registrar que a estabilidade apontada pela Junta Médica Oficial **não decorre da ausência de gravidade clínica**, mas da observância de um conjunto de medidas assistenciais excepcionais, cuja descontinuidade, como reconhecido pela própria perícia, pode acarretar consequências graves.

Medidas estas que os peritos oficiais também apontaram hoje serem insuficientes, ficando aquém do que é indicado.

Ademais, a existência concreta de riscos, demandando observação constante e pronta resposta a intercorrências, foi elemento também presente em ambos os pareceres elaborados pelos diferentes profissionais médicos.

Com efeito, ao responder ao **Quesito 13 (Bloco 3)**, a própria perícia oficial admite, de forma expressa, que a ausência das medidas assistenciais descritas — como monitoramento diário, controle rigoroso da pressão arterial e hidratação adequada —, **“pode resultar em descompensação clínica súbita com risco concreto de morte”**.

Já o parecer técnico ora juntado concluiu que o conjunto dessas condições configura **quadro de fragilidade clínica**, reconhecido na literatura médica como fator independente de aumento de mortalidade, especialmente em pacientes idosos submetidos a ambientes não controlados.

Não há, vale dizer, divergência quanto ao risco: ambos os trabalhos técnicos convergem para o fato de que o Peticionário se encontra sob **evidente risco clínico**. A perícia oficial confirma que a manutenção da vida do Peticionário no cárcere depende da execução infalível de um protocolo médico complexo, o qual **desnatura a própria lógica do ambiente prisional**.

Afinal, apesar da informação de que os medicamentos (inclusive controlados e de atuação no sistema nervoso central) seriam ministrados por oficial, os médicos que realizavam o exame pericial narraram que “houve interrupção momentânea para a entrega da medicação **por um dos custodiados**, acompanhado por policial militar” (p. 9 do laudo).

Cumprido ressaltar que o quadro clínico descrito não demanda apenas acompanhamento médico periódico ou monitoramento remoto, mas exige a **presença física contínua de terceiros**, sejam familiares capacitados, sejam profissionais de saúde, aptos a assegurar o cumprimento rigoroso das prescrições médicas, a correta utilização de equipamentos essenciais, como o CPAP, e a pronta identificação de sinais de descompensação, quedas ou episódios de broncoaspiração, circunstâncias que, no atual modelo de custódia, não podem ser garantidas de forma permanente e previsível. Nessas condições, eventual demora na constatação e na consequente intervenção pode resultar em consequências graves ou irreversíveis.

O quadro registrado nos exames periciais realizados também aponta, de forma expressa, a imprescindibilidade de atividade física que, no entanto, precisa ser acompanhada.

De um lado, a atividade física foi, mais de uma vez, apontada como tratamento necessário e imprescindível pelos peritos oficiais, que também registraram que o exercício atualmente possível é insuficiente.

De outro, todos os médicos registraram que o Peticionário já tem déficit no seu equilíbrio e no seu caminhar. O pouco exercício realizado – caminhadas de cerca de 1 km – são limitadas exatamente pelo quadro de desequilíbrio e pelo acentuado risco de queda, que demandariam um acompanhamento hoje impossibilitado.

Neste diapasão, mostra-se relevante também o relatório elaborado pelo fisioterapeuta responsável pelo acompanhamento do Peticionário (doc. 02). O especialista conforma a existência de “quadro de instabilidade postural, alterações neuromusculares, uso de medicações com ação no sistema nervoso central e risco aumentado de quedas, descritos no laudo pericial”. E, no entanto, também informa que “Apesar da regularidade dos atendimentos (três vezes por semana), observa-se que a evolução clínica e funcional ocorre de forma aquém do esperado, não por ausência de acompanhamento fisioterapêutico adequado, mas em decorrência direta das limitações estruturais e ambientais que impedem a execução plena do plano terapêutico necessário. Atualmente, a intervenção fisioterapêutica encontra-se restrita, em grande parte, à

deambulação assistida (caminhadas) e a estímulos pontuais, os quais, embora benéficos, são insuficientes para promover a recuperação funcional adequada”.

Ainda que o Peticionário caminhe, a ausência do necessário acompanhamento e apoio mostra o quão limitada é a atividade física hoje possível.

Eis porque, o fisioterapeuta ressalta, a título de conclusão, que “o ambiente atual não se mostra favorável à realização dessas intervenções de forma adequada, uma vez que não dispõe de espaço físico compatível, estrutura apropriada ou possibilidade de atuação integrada de outros profissionais da saúde, limitando significativamente a evolução funcional do paciente” (doc. 02).

Somados todos os relatórios e pareceres médicos, vê-se que o risco apontado não é meramente especulativo, mas trata-se, ao revés, de **reconhecimento técnico expresso** de que a manutenção da estabilidade clínica depende de condições cuja ausência implica risco concreto à vida do Peticionário.

A partir dessa premissa, o parecer do assistente técnico aprofunda a análise ao assinalar que, **“na condição atual, as limitações inerentes, notadamente quanto ao acesso contínuo a equipamentos especializados, à garantia de dieta fracionada com hidratação rigorosa, ao monitoramento clínico e hemodinâmico frequente e à administração precisa de polimedicação, tendem a impedir a implementação adequada das recomendações médicas descritas”**.

Tal constatação é absolutamente central, pois demonstra que a alegada estabilidade não decorre de robustez clínica intrínseca, mas da manutenção artificial de um conjunto complexo de medidas excepcionais, sem as quais o risco se torna imediato e **potencialmente fatal**.

O parecer do assistente técnico avança justamente nesse ponto, ao demonstrar que o ambiente de custódia carcerária, por suas limitações estruturais e operacionais, **eleva de maneira concreta o risco** de descompensações agudas, pneumonia aspirativa, insuficiência respiratória, crises hipertensivas, eventos

tromboembólicos, arritmias, quedas com traumatismos cranioencefálicos e até morte súbita.

Desse modo, do cotejo entre a perícia oficial e o parecer técnico ora anexado, conclui-se que não se está diante de debate teórico ou de simples divergência de leitura médica, mas sim de um **aprofundamento técnico** acerca da viabilidade real, cotidiana e contínua de implementação das medidas reconhecidas como indispensáveis inclusive pela perícia oficial.

DA INCOMPATIBILIDADE PRÁTICA ENTRE O AMBIENTE CARCERÁRIO E AS NECESSIDADES TERAPÊUTICAS CONTÍNUAS

A incompatibilidade do cárcere, no presente caso, é demonstrada pelo próprio **aparato de exceção** que a Administração precisou montar para manter o Peticionário em custódia.

O laudo produzido pelos peritos da Polícia Federal revela que o 19º Batalhão não possui ambulatório médico próprio, de modo que, para viabilizar a permanência do Peticionário nos moldes delimitados por este Juízo, foi necessária a disponibilização de médico exclusivo e de Unidade de Saúde Avançada do SAMU, funcionando como UTI móvel, dotada de ventiladores mecânicos e desfibriladores, em regime de rodízio de 24 horas.

Esse dado revela, por si só, a **excepcionalidade e a precariedade estrutural do arranjo**, que depende de múltiplos fatores externos e contingentes, não se confundindo com a garantia permanente e estável exigida para a preservação da vida e da integridade física.

O parecer técnico é particularmente preciso ao demonstrar que, na condição atual, o Peticionário depende de acesso contínuo e rigoroso a equipamentos especializados, como o CPAP para apneia obstrutiva grave, de dieta fracionada com hidratação controlada, de monitoramento clínico e hemodinâmico frequente, de administração precisa de polimedicção com potencial de interação central e cardiovascular, bem como da realização periódica de exames laboratoriais e de imagem.

Essas exigências decorrem de histórico clínico documentado de eventos graves, inclusive pneumonia aspirativa recorrente e queda recente com traumatismo cranioencefálico.

O parecer demonstra, ainda, que qualquer falha, atraso ou descontinuidade nesse sistema pode desencadear eventos de rápida evolução e elevado risco letal, cenário incompatível com a lógica ordinária da execução penal em regime fechado.

De forma objetiva, o parecer técnico é categórico ao afirmar que, **“do ponto de vista estritamente médico, o ambiente de custódia carcerária eleva, de maneira concreta, o risco de descompensação aguda, pneumonia aspirativa, insuficiência respiratória, crises hipertensivas, eventos tromboembólicos, arritmias, novos traumatismos cranioencefálicos e até morte súbita”**.

No mesmo sentido, o médico assistente esclarece que, **“em ambiente domiciliar adequadamente estruturado, é possível garantir observação contínua por familiares e/ou equipe de saúde, uso regular e correto do CPAP, controle rigoroso da pressão arterial e da hidratação, dieta fracionada, fisioterapia motora diária, medidas de prevenção de quedas, vigilância para broncoaspiração, acompanhamento oncológico de lesões cutâneas, monitorização laboratorial e acesso rápido a atendimento hospitalar em caso de intercorrências”**.

Conclui, por fim, que **“à luz da literatura médica e dos princípios ético-legais aplicáveis, o paciente preenche critérios de fragilidade clínica e multimorbidade grave, com necessidade de acompanhamento multidisciplinar contínuo, monitoramento clínico frequente e acesso imediato a cuidados de urgência”**, condições essas plenamente capazes de serem viabilizadas em ambiente domiciliar estruturado.

DO ENQUADRAMENTO JURISPRUDENCIAL: PRISÃO DOMICILIAR HUMANITÁRIA

A jurisprudência desta Suprema Corte é firme no sentido de que a prisão domiciliar humanitária é medida excepcional, porém plenamente admissível

quando demonstrada a **incompatibilidade concreta entre o estado de saúde do apenado e o ambiente carcerário.**

Nesse contexto, o presente caso se aproxima, em seus elementos estruturais, de precedentes nos quais se reconheceu que a permanência no cárcere, ainda que com medidas paliativas, **representa incremento injustificável do risco à vida**, autorizando a substituição do regime por prisão domiciliar, com as cautelas que Vossa Excelência entender pertinentes.

Necessário, nesse sentido, reforçar a similitude com o quanto decidido na **Execução Penal n. 131/DF**, relativa ao ex-Presidente Fernando Collor de Mello, na qual se reconheceu que, não obstante a conclusão administrativa no sentido de que as condições referidas seriam passíveis de acompanhamento no sistema prisional, a **gravidade do quadro clínico, a idade avançada e a necessidade de tratamento contínuo e especializado** autorizavam a concessão da prisão domiciliar humanitária.

Naquele precedente, assentou-se que **“a compatibilização entre a dignidade da pessoa humana, o direito à saúde e a efetividade da Justiça Penal indica a possibilidade de concessão da prisão domiciliar humanitária”**, especialmente quando demonstrado que a permanência no cárcere **incrementa de modo relevante o risco à integridade física do custodiado.**

Situação igualmente elucidativa foi enfrentada por este Supremo Tribunal Federal na **AP 1166**, ocasião em que Vossa Excelência assentou que **“o essencial em relação às liberdades individuais, em especial a liberdade de ir e vir, não é somente sua proclamação formal nos textos constitucionais ou nas declarações de direitos, mas a absoluta necessidade de sua pronta e eficaz consagração no mundo real, de maneira prática e eficiente, a partir de uma justa e razoável compatibilização com os demais direitos fundamentais da sociedade, de maneira a permitir a efetividade da Justiça Penal”**.

A partir dessa premissa, reconheceu-se naquele precedente que a compatibilização entre a liberdade de locomoção e a Justiça Penal **autoriza a concessão da prisão domiciliar**, quando evidenciado que a permanência no cárcere, ainda que

formalmente possível, **incrementa de modo relevante o risco à integridade física do custodiado**, diante da gravidade do quadro clínico e da necessidade de tratamento contínuo e especializado.

Em idêntica linha, nas Execuções Penais n. 69, 74, 87 e 95, esta Suprema Corte reconheceu que a presença de doença grave, risco concreto de agravamento e necessidade de cuidados contínuos configura “importante situação superveniente a autorizar a excepcional concessão de prisão domiciliar humanitária”, ainda que o regime inicialmente imposto fosse o fechado.

Observa-se, assim, que, ao analisar casos de multimorbidade, notadamente em pacientes idosos, o entendimento deste Pretório Excelso caminha no sentido de **não exigir que o apenado esteja em situação de pré-óbito ou agonia**, bastando a demonstração do risco concreto de agravamento severo e da dificuldade de garantir, no ambiente carcerário, a integralidade das medidas preventivas essenciais.

DA CONCLUSÃO E DO PEDIDO

Não se pode exigir, à luz da Constituição e da jurisprudência consolidada desta Corte, que o Estado aguarde a ocorrência de **evento irreversível** para somente então reconhecer a inadequação do ambiente de custódia.

Conforme assentado no precedente relativo à Execução Penal n. 131/DF, a atuação jurisdicional em matéria de execução penal não se orienta pela lógica do risco consumado, senão pela prevenção de resultados incompatíveis com a dignidade da pessoa humana e com o dever estatal de proteção à integridade física do custodiado.

Diante desse quadro, a conjugação entre a perícia oficial e o parecer técnico do médico assistente evidencia que o Peticionário se encontra em situação de **multimorbidade grave, permanente e progressiva**, com risco concreto de descompensação súbita e de eventos potencialmente fatais, cuja mitigação depende da observância rigorosa e contínua de medidas médicas e assistenciais complexas.

É justamente essa soma de fatores, e não a ocorrência de um evento isolado, que impõe a atuação preventiva do Juízo, sob pena de transformar a jurisdição em resposta tardia a um risco já claramente delineado nos autos.

Embora o ambiente carcerário tenha recebido adaptações específicas e esforços para atender às necessidades do Peticionário, o próprio conjunto probatório revela que tais providências **não afastam, de modo suficiente, o incremento concreto de riscos clínicos**, seja pela limitação estrutural inerente ao cárcere, seja pela dependência de arranjos contingentes e de difícil manutenção no tempo. Nesse contexto, o ambiente de custódia **permanece objetivamente mais perigoso** do que o ambiente domiciliar adequadamente estruturado, no qual é possível assegurar maior previsibilidade, continuidade terapêutica e resposta imediata a intercorrências.

Por essas razões, requer-se seja reavaliada a forma de cumprimento da pena atualmente imposta, com a **concessão de prisão domiciliar em caráter humanitário**, nos termos da jurisprudência desta Suprema Corte, eventualmente condicionada às medidas de monitoramento e restrições que Vossa Excelência repute adequadas.

Termos em que,
Pede deferimento.

De São Paulo para Brasília, 11 de fevereiro de 2026.

CELSO SANCHEZ VILARDI
OAB/SP 120.797

PAULO AMADOR DA CUNHA BUENO
OAB/SP 147.616

DANIEL BETTAMIO TESSER
OAB/SP 208.351