

**EXCELENTEÍSSIMO 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 da ação penal em epígrafe, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, expor e requerer o quanto segue:

O presente requerimento funda-se em **fato superveniente, concreto, grave e objetivamente comprovado**, ocorrido após a última decisão que indeferiu a prisão domiciliar humanitária, proferida em 1º de janeiro de 2026.

Com efeito, na noite do dia 6 de janeiro de 2026, o Peticionário sofreu **queda da própria altura no interior da unidade de custódia**, com impacto direto na região craniana, circunstância que demandou atendimento médico de urgência, remoção hospitalar e a realização imediata de exames complementares de alta complexidade, inclusive tomografias computadorizadas e ressonância magnética de crânio e coluna cervical.

O evento não constitui episódio isolado ou fortuito. Ao contrário, ele **materializa, de forma inequívoca, os riscos clínicos concretos e reiteradamente advertidos pela equipe médica** que acompanha o Peticionário há anos, riscos esses amplamente documentados nos autos e que, até então, vinham sendo tratados como projeções teóricas. Agora, converteram-se em realidade objetiva.

O **Relatório Médico, datado de 8 de janeiro de 2026** (que ora se anexa), subscrito por profissionais responsáveis pelo atendimento emergencial prestado ao Peticionário, é particularmente elucidativo. Nele se afirma, de forma expressa, que o quadro clínico atual decorre de um conjunto de patologias crônicas, estruturais e permanentes, resultantes das múltiplas cirurgias abdominais realizadas desde o atentado sofrido em 2018, somadas a comorbidades cardiovasculares, pulmonares, neurológicas e metabólicas, todas de evolução progressiva e imprevisível. Destaca-se:

As condições relatadas, por seu caráter estrutural e definitivo, geram permanente vulnerabilidade clínica e exigem acompanhamento contínuo, com possibilidade concreta de episódios súbitos de obstrução intestinal, crises hipertensivas, crises de soluço, crises de labirintite aguda, confusão mental, quedas e traumatismos e outros eventos adversos imprevisíveis, com necessidade de intervenções hospitalares de urgência.

O documento médico é claro ao consignar que o Peticionário apresenta **vulnerabilidade clínica permanente**, com risco concreto de quedas, confusão mental, episódios súbitos de descompensação cardiovascular, crises hipertensivas, eventos aspirativos, obstruções intestinais e traumatismos secundários, exigindo acompanhamento contínuo, vigilância clínica permanente e acesso imediato a atendimento hospitalar especializado.

Foi exatamente esse cenário que se concretizou no episódio recente.

O Peticionário, em ambiente de encarceramento, caiu, sofreu traumatismo crânioencefálico e precisou ser submetido a investigação neurológica de

urgência, o que por si só demonstra, de maneira empírica e incontornável, que o ambiente prisional não é capaz de mitigar — e, ao revés, potencializa — os riscos inerentes ao seu estado de saúde.

Ainda que os exames de imagem não tenham identificado, felizmente, hemorragia intracraniana ou lesões estruturais agudas, os laudos de tomografia e ressonância magnética confirmam sinais pós-contusionais em partes moles da região frontotemporal, além de alterações degenerativas cervicais relevantes, compatíveis com o histórico clínico do paciente e agravadas pelo trauma recente. A inexistência de sangramento cerebral, longe de afastar a gravidade do quadro, apenas evidencia que **o risco foi real e que o desfecho poderia ter sido substancialmente mais grave**.

Antecipe-se, desde logo, eventual leitura segundo a qual a intercorrência teria sido de menor gravidade por não haver evidência de lesão intracraniana aguda nos exames realizados. O fato de o desfecho imediato ter sido clinicamente limitado a contusões de partes moles **não reduz a gravidade do evento**, mas apenas evidencia que, desta vez, o pior não se consumou.

A síncope ocorreu. A queda ocorreu. O traumatismo ocorreu. Que as consequências tenham sido menos severas decorre de circunstância aleatória. Caso o impacto tivesse recaído sobre região temporal, occipital ou base do crânio, considerando-se a idade avançada do Petionário, as alterações degenerativas cervicais documentadas e o uso contínuo de medicações de ação central, o que hoje se discute poderia ser um óbito ou uma sequela neurológica irreversível.

A execução penal, sobretudo quando envolve pessoa idosa e clinicamente vulnerável, **não pode se estruturar sobre a expectativa de que a sorte continue a intervir**. A tutela jurisdicional deve ser preventiva, e não reativa a tragédias consumadas.

É precisamente esse o ponto central que se submete à elevada apreciação de Vossa Excelênciа: **não se exige que o sistema prisional cause a morte ou lesão irreversível do custodiado para que se reconheça sua incompatibilidade com**

o cárcere. O direito à saúde e à integridade física impõe atuação preventiva, especialmente quando os riscos são conhecidos, documentados e, agora, efetivamente materializados.

A decisão que indeferiu o pedido anterior de prisão domiciliar assentou-se, entre outros fundamentos, na inexistência de agravamento do quadro clínico e na possibilidade de realização dos cuidados médicos no âmbito da Superintendência da Polícia Federal. O **fato superveniente ora demonstrado altera substancialmente esse panorama fático.**

A queda com traumatismo craniano, ocorrida sob custódia estatal, **constitui agravamento objetivo do quadro**, não apenas pelo evento em si, mas pelo que ele revela: a impossibilidade de prevenir intercorrências graves em ambiente de restrição, ainda que haja plantão médico formalmente disponível. O risco não está apenas no tratamento posterior ao evento, mas na **incapacidade estrutural de evitar que ele ocorra.**

Ainda que se cogitasse a adoção de adaptações físicas pontuais no ambiente prisional, tais providências seriam insuficientes para mitigar o risco concreto identificado no caso. Isso porque o fator determinante não reside apenas na adequação do espaço físico, mas na natureza dinâmica, súbita e imprevisível das intercorrências clínicas a que o Peticionário está sujeito.

Episódios de sincope, confusão mental, instabilidade postural ou dessaturação respiratória não se anunciam com antecedência compatível com qualquer forma de vigilância visual intermitente. Quando ocorrem, exigem resposta humana imediata, no primeiro instante do evento, antes mesmo da queda ou da perda completa do equilíbrio.

Nenhuma adaptação estrutural da cela é capaz de substituir a presença contínua de um cuidador ou profissional de saúde junto ao paciente, apto a intervir preventivamente no exato momento da descompensação. O que está em causa, portanto, não é a suficiência de equipamentos ou adaptações arquitetônicas, mas a impossibilidade estrutural do cárcere de oferecer assistência humana contínua, condição indispensável à preservação da integridade física do Peticionário.

Em contraste, o ambiente domiciliar ou hospitalar permite a adoção de medidas preventivas elementares, tais como cama com grades, piso adequado, iluminação permanente, presença de cuidador ou profissional de saúde junto ao leito, todos capazes de reduzir significativamente riscos que, no cárcere, são estruturalmente inevitáveis.

A dimensão funcional desses riscos é detalhada de forma técnica e objetiva no relatório fisioterapêutico anexo, no qual se descreve quadro de instabilidade postural, perda de massa muscular e comprometimento da propriocepção, com expressa indicação de que o Peticionário **não consegue se firmar sozinho**, encontrando-se em risco elevado de quedas, inclusive durante deslocamentos simples, como no trajeto noturno ao banheiro. Nesse sentido, corrobora o referido relatório:

4. **Estabilização do Equilíbrio:** Como a labirintite costuma oscilar conforme o cansaço diário, trabalhar o equilíbrio no fim do dia treina o corpo a manter a firmeza mesmo em condições de fadiga, prevenindo quedas, por exemplo, no trajeto para o banheiro durante a noite.

- **Fortalecimento Muscular e Propriocepção:** O fato de não estar conseguindo se firmar sozinho indica uma perda de massa muscular (sarcopenia) e de percepção corporal. Exercícios isométricos e de equilíbrio assistido fortalecem a musculatura e devolvem a confiança e a autonomia funcional do paciente.

O profissional responsável destaca, ainda, que o período noturno representa o momento de maior vulnerabilidade clínica, recomendando intervenção fisioterapêutica justamente no início da noite, com vistas à estabilização do equilíbrio, da respiração, da ansiedade e do controle dos soluços antes do sono:

A estratégia de atendimento noturno visa transformar o momento de maior vulnerabilidade do paciente (a hora de dormir) em um momento de máxima assistência e estabilização fisiológica.

Trata-se de cuidado ativo e preventivo, que pressupõe **presença humana contínua**, incompatível com o regime de vigilância intermitente próprio do ambiente prisional.

A centralidade da fisioterapia no caso concreto é afirmada de modo categórico pelo próprio profissional responsável, que ressalta não se tratar de medida acessória ou complementar, mas de elemento vital à preservação da integridade física do paciente:

Novamente, vale ressaltar que, diante de um histórico de nove cirurgias, a fisioterapia não é opcional; é o alicerce da sobrevivência do paciente. As fragilidades apresentadas (que têm tendência de agravamento) exigem um profissional que domine a biomecânica e a fisiologia do idoso e que, preferencialmente, já o estivesse acompanhando antes dos últimos acontecimentos. A privação desse tipo de atendimento pode agravar severamente o quadro atual e conduzir a consequências trágicas.

Além disso, o relatório médico também registra que, em razão do quadro persistente de soluções incoercíveis, o Peticionário necessita do uso contínuo de medicamentos com ação sobre o sistema nervoso central, circunstância que, segundo consignado no próprio documento, exige atenção médica imediata diante de qualquer intercorrência clínica, como se observa do trecho a seguir:

Ademais, em função do quadro persistente de soluções incoercíveis, que exige o uso de drogas que atuam sobre o sistema nervoso central, o paciente pode a qualquer momento demandar atendimento médico imediato. O uso desses medicamentos com ação central, associado à apneia obstrutiva do sono e à sarcopenia, aumentam de forma expressiva o risco de quedas e suas graves consequências secundárias.

Por isso mesmo, advertem os médicos:

O evento ocorrido na noite de 6 de janeiro, no qual o paciente não soube relatar com exatidão o ocorrido, e que resultou em queda da própria altura, com traumatismo crânio facial de forma desprotegida, retrata de forma fiel o risco real de eventos recorrentes e possíveis consequências graves que possam advir das condições descritas.

A partir desse quadro clínico, o próprio relatório médico é explícito ao afirmar que o uso contínuo de medicações com ação no sistema nervoso central, associado à apneia obstrutiva do sono grave, à sarcopenia e às comorbidades cardiovasculares, **eleva exponencialmente o risco de novas quedas e eventos imprevisíveis**, com potencial de consequências fatais. Trata-se, portanto, de **risco permanente, e não episódico**.

Essa constatação é arrematada pelo próprio relatório médico, que conclui ser indispensável a adoção de medidas estruturais contínuas para preservação da integridade física e emocional do paciente, nos seguintes termos:

Assim, revela-se fundamental, e com a finalidade de proteger, minimizar qualquer tipo de risco e manter a integridade física e emocional do paciente, a necessidade de infraestrutura adequada para a administração de medicamentos e realização de consultas e avaliações médicas regulares, reavaliações e deslocamentos hospitalares, inclusive em caráter de emergência, sob pena de descompensação clínica ou agravamento das doenças de base com severas complicações secundárias.

Cumpre observar que a evolução do quadro já vinha sendo sinalizada em relatórios médicos anteriores, ainda quando os riscos se apresentavam em plano prospectivo. No relatório subscrito em novembro de 2025, consignava-se a necessidade de contemplar a possibilidade de novos episódios com demanda de atendimento imediato e internação hospitalar, especialmente em razão das comorbidades e do uso contínuo de medicações de ação central.

O que então era descrito como possibilidade clínica veio, agora, a se concretizar sob custódia estatal, com a ocorrência efetiva de queda e traumatismo craniano, exigindo atendimento médico de urgência e investigação neurológica imediata. O cotejo entre os documentos evidencia, portanto, não uma mudança de diagnóstico, mas a **materialização do risco previamente identificado**, o que impõe resposta jurisdicional compatível com essa nova realidade fática.

Nesse contexto, a prisão domiciliar não se apresenta como medida de conveniência ou favor, mas como **única forma juridicamente adequada de compatibilizar a execução da pena com a preservação mínima da saúde e da vida do apenado**, sob fiscalização rigorosa, monitoramento eletrônico e demais condições que Vossa Excelência entender necessárias.

Ressalte-se, ainda, que o cumprimento da pena em regime domiciliar **não elimina o controle estatal**, não compromete a aplicação da lei penal e não representa qualquer estímulo à impunidade. Ao contrário, constitui solução constitucionalmente adequada diante de quadro clínico grave, progressivo e incompatível com o cárcere, tal como já reconhecido por esta Suprema Corte em situações análogas.

A manutenção do Peticionário em ambiente prisional, após o evento ora narrado, **transfere ao Estado um risco que já se mostrou concreto**, expondo-o a responsabilidade objetiva por eventuais desfechos mais graves, plenamente previsíveis à luz dos laudos médicos ora anexados.

Diante desse cenário, impõe-se reconhecer que a **discussão não é mais abstrata, nem fundada em prognósticos hipotéticos. O risco se materializou**. A queda ocorreu. O traumatismo existiu. A remoção hospitalar foi necessária. E os médicos são categóricos ao afirmar que novos eventos podem ocorrer a qualquer momento.

Cumpre ainda registrar, uma vez mais, que esta Suprema Corte, **sob a relatoria de Vossa Excelência**, já enfrentou situação substancialmente semelhante na **Execução Penal nº 131/DF**, referente ao ex-Presidente Fernando Affonso Collor de Mello.

Naquele caso, mesmo diante de laudo emitido pelo próprio estabelecimento prisional no sentido da possibilidade de acompanhamento clínico interno, reconheceu-se que a idade avançada, a presença de comorbidades graves, a necessidade de uso contínuo de medicações específicas e de equipamentos médicos, bem como o risco concreto de quedas e descompensações súbitas, tornavam incompatível o cumprimento da

pena em regime fechado, impondo-se, em caráter excepcional e humanitário, a conversão para prisão domiciliar.

É particularmente relevante notar que, no precedente mencionado, **o risco de quedas e a progressividade das enfermidades neurológicas foram considerados elementos decisivos** para a concessão da medida, justamente para evitar que o Estado apenas reagisse a eventos adversos já consumados. A **lógica ali adotada foi preventiva, e não meramente reparatória.**

No presente caso, a similitude fática não apenas subsiste, como se apresenta **agravada**. O Peticionário, também ex-Chefe de Estado, idoso e portador de múltiplas comorbidades graves, necessita de acompanhamento contínuo, faz uso de medicações com ação central, utiliza equipamento de suporte respiratório durante o sono e, diferentemente do que ocorria à época do precedente, **já sofreu efetivamente uma queda com traumatismo craniano sob custódia estatal**, fato superveniente que torna ainda mais evidente a inadequação do cárcere.

A coerência da jurisdição constitucional, notadamente em matéria de execução penal e tutela da dignidade da pessoa humana, impõe que situações equivalentes recebam tratamento equivalente, sob pena de se instaurar um critério decisório assimétrico, no qual a proclamação abstrata da igualdade cede espaço a distinções não justificadas pelo Direito.

O que se espera da jurisdição constitucional, sobretudo quando chamada a decidir casos de alta exposição pública, é a reafirmação de que **a lei e os precedentes se aplicam com a mesma consistência a todos**, sem gradações subjetivas ou exceções implícitas, preservando-se a autoridade do próprio Tribunal e a confiança na imparcialidade de suas decisões.

A esse respeito, é inevitável recordar a advertência clássica de George Orwell sobre o risco de se proclamar que todos são iguais, enquanto, na prática, alguns acabam sendo tratados como “mais iguais do que outros”. No âmbito da jurisdição constitucional, especialmente em matéria penal, essa reflexão deixa o terreno da literatura para assumir densidade jurídica concreta, na medida em que precedentes não podem ser

aplicados de forma seletiva, nem a igualdade pode admitir gradações implícitas conforme o caso ou o destinatário da decisão. Situações equivalentes — ou, como no caso, ainda mais gravosas — exigem resposta jurisdicional equivalente, sob pena de se romper a coerência decisória e de se esvaziar o próprio conteúdo normativo do princípio da isonomia.

Por todo o exposto, requer-se a Vossa Excelência seja reconsiderada a decisão anteriormente proferida, para que se conceda a **prisão domiciliar humanitária** ao Peticionário, como forma de cumprimento da pena, mediante monitoramento eletrônico e demais condições que se repute adequadas.

Subsidiariamente, pugna pela realização de avaliação médica independente, **em caráter de urgência**, a fim de aferir a compatibilidade do estado clínico atual do Peticionário com o ambiente prisional, à luz do evento superveniente ora comprovado.

Termos em que,
Pede deferimento.
De São Paulo para Brasília, 13 de janeiro de 2026.

CELSO SANCHEZ VILARDI
OAB/SP 120.797

DANIEL BETTAMIO TESSER
OAB/SP 208.351

PAULO AMADOR DA CUNHA BUENO
OAB/SP 147.616

GABRIEL DOMINGUES
OAB/SP 366.056